

BRUNA DA SILVEIRA VIANA

**UM LUGAR PARA OS DITOS ANORMAIS: ASSISTÊNCIA
PSIQUIÁTRICA A CRIANÇAS E JOVENS NA PRIMEIRA
DÉCADA DO HOSPITAL COLÔNIA SANT'ANA (1942-1951)**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História do Centro de Ciências Humanas e da Educação, da Universidade do Estado de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em História.

Orientador(a): Prof^a Dr^a Viviane
Trindade Borges

**FLORIANÓPOLIS, SC
2015**

V6141 Viana, Bruna da Silveira

Um lugar para os ditos anormais: assistência psiquiátrica as crianças e jovens na primeira década do hospital Colônia Sant'Ana (1942-1951) / Bruna da Silveira Viana. - 2015.

145 p. : il. ; 21 cm

Orientadora: Viviane Trindade Borges

Bibliografia: p. 131-140

Dissertação (mestrado) - Universidade do Estado de Santa Catarina, Centro de Ciências Humanas e da Educação, Mestrado em História, Florianópolis, 2015.

1. Psiquiatria. 2. Hospitais psiquiátricos - Santa Catarina.
3. Menores - Santa Catarina. I. Borges, Viviane Trindade. II.
Universidade do Estado de Santa Catarina. Mestrado em História.
III. Título.

CDD: 616.89 - 20.ed.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da UDESC

BRUNA DA SILVEIRA VIANA

**UM LUGAR PARA OS DITOS “ANORMAIS”:
ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA AS CRIANÇAS E JOVENS NA
PRIMEIRA DÉCADA DO HOSPITAL COLÔNIA SANT’ANA
(1942-1951)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em História da Universidade do Estado de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em História.

Banca Examinadora:

Orientador:

Profª Drª Viviane Trindade Borges
Universidade do Estado de Santa Catarina

Membro:

Profª Drª Cristiana Facchinetti
Casa Oswaldo Cruz

Membro:

Profª Drª Silvia Maria Fávero Arend
Universidade do Estado de Santa Catarina

Florianópolis, 30 de setembro de 2015.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente aos meus pais e aos meus irmãos, por sempre terem incentivado e valorizado meus estudos e por terem me enchido de bons exemplos. Eu realmente espero poder retribuir toda a confiança sempre depositada por vocês em mim.

Agradeço aos amigos e amigas que fiz no projeto *Arquivos Marginais* e durante o trabalho no CEDOPE, Ana Terra, Ana Plentz, Jonas, Fernanda, Marcos e Murilo, pois atuaram diretamente nas pesquisas e reflexões que deram origem a este trabalho. À Prof^a Eliani, por toda ajuda prestada para realização deste trabalho. Ao amigo e colega de mestrado Chrystian, grande parceiro nos últimos meses.

À Prof^a Viviane por ter sido, além de orientadora, uma grande amiga. Meu agradecimento também à banca, Prof^a Cristiana Facchinetti e Prof^a Silvia Arend, por terem se disponibilizado a ler e contribuir com meu trabalho. Ao Prof. Emerson, membro da banca de qualificação, pelas sugestões para a melhora da dissertação.

À CAPES e à UDESC pelo auxílio financeiro.

Por fim, ao meu companheiro, Gustavo, meu profundo agradecimento por todo o amor sempre demonstrado.

RESUMO

Nesta pesquisa buscou-se compreender o processo de institucionalização da assistência psiquiátrica a crianças e jovens no estado de Santa Catarina. Como principal fonte documental foram utilizados os prontuários do antigo Hospital Colônia Sant'Ana, tomando como recorte temporal seus primeiros 10 anos de funcionamento (1942–1951). A criação do referido hospital foi considerada o advento de uma assistência psiquiátrica especializada no estado de Santa Catarina. O tratamento empregado aos pacientes passaria a ter um caráter científico, não mais respaldados em assistência filantrópica, como ocorria nas antigas instituições psiquiátricas do estado. Apesar das significativas transformações ocorridas neste período no tratamento aos considerados doentes mentais no estado, muitas são as permanências identificadas. Uma delas diz respeito à internação e tratamento a crianças e jovens. Conforme a legislação vigente no período estes não deveriam permanecer internados juntos aos adultos, sendo exigido instituições dedicadas exclusivamente à eles. Apesar disso, a prática de internamento compartilhado esteve presente no hospital. Entre os principais dados analisados estão aqueles que ajudam compreender, especialmente, quem foram essas crianças e jovens; como foram diagnosticadas e os tratamentos aos quais foram submetidas.

Palavras-chave: Menores anormais. Psiquiatria. Hospital Colônia Sant'Ana.

ABSTRACT

This research sought to understand the process of institutionalization of psychiatric care for children and young people in the state of Santa Catarina. As the main documentary source was used the patient records of the former Colônia Sant'Ana Hospital, taking as time cutting its first 10 years of operation (1942 -1951). The establishment of this hospital was considered the advent of a specialized psychiatric care in the state of Santa Catarina. The treatment used for patients would have a scientific character, no longer supported in philanthropic assistance, as occurred in the old psychiatric institutions of the state. In spite of significant changes during this period to treat those considered mentally ill in the state, many permanencies are identified. One concerns the hospital admission and treatment to children and young people. As per legislation in the period, they shouldn't remain hospitalized together with adults, dedicated institutions were required only to them. Despite this, shared internment practice was present at the hospital. Among the main data analyzed are those that helped to understand, especially, who were these children and young people; how they were diagnosed and treated.

Keywords: Minor abnormal. Psychiatry. Colônia Sant'Ana Hospital.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Prontuário número 73.....	71
Figura 2 - Prontuário número 219.....	72
Figura 3 - Prontuário número 230.....	91
Figura 4 – Prontuário número 378.....	105
Figura 5 – Prontuário número 1110.....	107
Figura 6 – Prontuário número 0919.....	115
Figura 7 – Prontuário número 625.....	120
Figura 8 – Prontuário número 1610.....	121
Figura 9 – Prontuário número 1610.....	123

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição etária das crianças e jovens	54
Tabela 2 – Distribuição de cor considerando o sexo.....	55
Tabela 3 – Instrução das crianças e jovens.....	55
Tabela 4 – Instrução dos menores de 12 anos	56
Tabela 5 – Instrução dos maiores ou iguais a 12 anos..	57
Tabela 6 – Ocupação.....	57
Tabela 7 – Ocupação dos menores de 12 anos	58
Tabela 8 – Ocupação dos maiores ou iguais a 12 anos	58
Tabela 9 – Registro de óbitos.....	59
Tabela 10 – Diagnósticos das crianças e jovens por ordem alfabética	73

LISTA DE ABREVIATURAS

APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CEDOPE	Centro de Documentação e Pesquisa
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
DNS	Departamento Nacional de Saúde
HCS	Hospital Colônia Sant'Ana
HNA	Hospital Nacional de Alienados
IPq/SC	Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina
NARC	Associação Nacional para Crianças Retardadas
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatísticas
UDESC	Universidade do Estado de Santa Catarina
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNIFANTO	Unidade Infantil

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	HOSPITAL COLÔNIA SANT'ANA: CRIAÇÃO E PRIMEIROS ANOS DE ATUAÇÃO	41
2.1	MODERNIZAÇÃO À SERVIÇO DA ASSISTÊNCIA PSQUIÁTRICA.....	45
2.2	AS CRIANÇAS E JOVENS: PERFIS SOCIAIS	53
2.3	A ASSISTÊNCIA A CRIANÇAS E O JOVENS 'ANORMAIS' NO BRASIL	59
3	INDÍCIOS DAS PRÁTICAS INSTITUCIONAIS: CARACTERIZAÇÃO DOS INTERNOS, DIAGNÓSTICOS E TRATAMENTOS INDICADOS	67
3.1	OS DIAGNÓSTICOS NOS PRONTUÁRIOS E SUAS DEFINIÇÕES PELO DISCURSO DA PSQUIATRIA	70
3.2	AS DESCRIÇÕES SOBRE AS CRIANÇAS E JOVENS NOS PRONTUÁRIOS.....	77
3.3	TRATAMENTOS EMPREGADOS: O ANTILUÉTICO E A PRAXITERAPIA	85
3.3.1	O tratamento antilúético: em busca da erradicação da sífilis	86
3.3.2	Praxiterapia: os hospitais colônias	93
4	TRAJETÓRIAS INDIVIDUAIS	97
4.1	PENSIONISTAS	98
4.2	INDIGENTES.....	111
4.3	PALAVRAS DE FAMILIARES.....	115
4.4	O HOSPITAL TAMBÉM COMO ABRIGO AOS DITOS "NORMAIS"	120

CONSIDERAÇÕES FINAIS	125
REFERÊNCIAS.....	131
APÊNDICE A – TABELA GERAL DE DADOS	141
ANEXO A – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO PRONTUÁRIO	143
ANEXO B – ESQUEMA DA CONSTITUIÇÃO	145

1 INTRODUÇÃO

O *Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934*, que tinha como objetivo dispor “sôbre a profilaxia mental, a assistência e proteção á pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências”, estabelecia uma diretriz em relação à assistência à crianças e jovens: “§ 2º Os menores anormais somente poderão ser recebidos em estabelecimentos psiquiátricos a êles destinados ou em secções especiais dos demais estabelecimentos especiais dos demais estabelecimentos dêsse gênero.”¹ Assim, conforme a legislação do período, eles só poderiam permanecer em estabelecimentos em que não tivessem que compartilhar o mesmo espaço com adultos.²

Inaugurado no final de 1941 no município de São José, destinado a suprir a demanda por atendimento psiquiátrico da população do estado de Santa Catarina, o Hospital Colônia Sant’Ana abre suas portas em janeiro de 1942, quando recebe seus primeiros pacientes.³

¹Disponível em: <http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=20366&norma=35529> Acesso em: 16/06/2013.

² Irene Rizzini (1995) coloca que a discussão relacionada a separação de jovens considerados delinquentes e adultos dentro das prisões esteve presente desde o início do século XIX no Brasil. No *Decreto Nº 17.943-A de 12 de outubro de 1927* que destinava-se a consolidar “leis de assistência e proteção a menores” encontramos referências a necessidade de separação entre adultos e menores caso estes precisassem ser encaminhadas para uma prisão comum.

³ Daqui em diante será feita referência ao Hospital Colônia Sant’Ana pela sigla HCS. Ele foi criado em 1941 e em 1996 foi transformado em duas novas unidades assistenciais. O Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina (IPq-SC), para internação de pacientes com curta permanência, e o Centro de Convivência Santana (CCS)

Apesar de passados 7 anos da promulgação da referida lei, desde o início de seu funcionamento e também ao longo das décadas posteriores, o hospital teve como prática o internamento e permanência de crianças e jovens junto aos adultos.⁴ A primeira e única tentativa de separação de crianças e jovens dos adultos no hospital é realizada em 1985 quando da criação da Unidade Infantil (UNIFANTO) (FONTOURA, 1997). Apesar do esforço, poucos anos depois a unidade foi extinta.⁵ Após esta nenhuma outra iniciativa foi tomada na instituição e até os dias de hoje, mais de 70 anos após a criação do HCS, não existe na instituição uma ala ou unidade onde as crianças e jovens possam receber tratamento exclusivo, o que evidencia a atualidade do tema.

A conhecida Lei da Reforma Psiquiátrica foi o resultado de um movimento de busca por reformas dentro das diretrizes da assistência à saúde mental no Brasil.⁶ Entre os principais anseios estavam a conquista de um tratamento mais humanizado aos pacientes, com o objetivo de retorno ao convívio familiar, diferente do cenário da época aqui analisada, quando os pacientes, em muitos casos, passavam o resto de suas vidas na instituição asilar. Apesar dos avanços para o tratamento psiquiátrico conquistados pela Lei da Reforma, vale ressaltar que do *Decreto nº 24.559, de 3 de julho de*

para os pacientes remanescentes da antiga instituição, ambos em funcionamento até hoje (COSTA, 2010).

⁴ Tal prática esteve presente na maioria dos hospitais psiquiátricos brasileiros, principalmente até as primeiras décadas do século XX, quando passam a surgir iniciativas para a separação e tratamento especial à crianças e jovens.

⁵ As informações a respeito da data e causa do fechamento da Unidade não foram localizadas.

⁶ Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm> Acesso em: 23/08/2015.

1934, citado no início do texto, para a lei atual nada progrediu em relação às especificações ao tratamento de crianças e jovens em instituições psiquiátricas. Ao contrário, na lei atual nada consta em relação à isto, sendo retiradas todas as menções a estes casos. O mesmo é constatado em relação ao Estatuto da Criança e do Adolescente, que não traz detalhes sobre as condições de internamento em hospitais psiquiátricos.⁷

Tendo em vista a importância de pesquisas e trabalhos que contribuam para as discussões em torno do tema, o presente estudo buscou analisar os casos de indivíduos menores de 18 anos que foram internados no HCS entre os anos de 1942 e 1951, utilizando prontuários como principal fonte de pesquisa. Como objetivo central buscou-se compreender como se deu o processo de institucionalização do atendimento psiquiátrico a crianças e jovens no estado de Santa Catarina, considerando como objeto principal de análise os discursos médicos e práticas que estiveram envolvidas nesse processo.

O recorte temporal adotado para pesquisa se justifica por entender-se que a primeira década de funcionamento do HCS se constitui de um período relativamente contínuo, com a atuação do diretor geral Agripa de Castro Farias.⁸ Como se fechasse um ciclo, o documento intitulado *Relatório referente ao ano de 1951*

⁷ Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/responsabilidade-social/acessibilidade/legislacao-pdf/estatuto-da-crianca-e-do-adolescente>> Acesso em: 23 ago. 2015. A respeito da internação em hospital de modo geral é especificado apenas que: “**Art. 12.** Os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de crianças ou adolescentes.”

⁸ Sobre o primeiro diretor geral do HCS se tratará no primeiro capítulo.

apresenta um balanço da atuação da instituição ao longo dos dez primeiros anos. A partir da década de 1950 muda-se o diretor geral e o HCS passa a sofrer significativas alterações em sua estrutura e práticas de atendimento (COSTA, 2010).

Um dos aspectos a serem ressaltados sobre a importância do trabalho, numa perspectiva de se pensar o presente, é o próprio fato de a legislação ter avançado pouco, quase nada, no sentido da garantia de direitos às crianças e jovens que utilizam o serviço de assistência psiquiátrica. Um problema que se via há 70 anos atrás, ao menos considerando o HCS, ainda pode ser encontrado nos dias de hoje: crianças e jovens dividindo o mesmo espaço que adultos dentro de hospitais psiquiátricos.

Para se compreender como atualmente se lida no Brasil com essa questão, traz-se aqui um exemplo. Em 2011 o Diretor Clínico da Casa de Saúde de São Paulo, identificado no documento consultado como consulente Dr. L.G.D.S.M, solicitou um parecer do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) quanto à permissão para internação de menores de idade em hospital psiquiátrico.⁹ No parecer, relatado pelo Conselheiro Mauro Gomes Aranha de Lima encontramos a seguinte conclusão:

[...] Portanto, é vedada a permanência de crianças e adolescentes em leitos hospitalares psiquiátricos situados na mesma área de abrigamento (quarto,

⁹Disponível em : http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Pareceres&dif=s&ficha=1&id=10208&tipo=PARECER&orgao=Conselho%20Regional%20de%20Medicina%20do%20Estado%20de%20S%3o%20Paulo&numero=6769&situacao=&data=16-08-2011#anc_integra. Acesso em: 3 set. 2015.

enfermaria ou ala) de adultos, e mesmo a convivência em atividades recreativas ou terapêuticas em ambientes comuns. Porém, quando forem indicadas pelo médico, e devidamente registradas em laudos, como providências úteis ao tratamento em si, sob o ponto de vista do estrito interesse da saúde do paciente (criança e do adolescente), e desde que haja a prévia autorização de quem de direito (do responsável, na internação voluntária ou involuntária, ou do Juiz de Direito, na internação compulsória), poderá haver exceções a essa regra.

Para a construção do laudo foram levados em conta o Código Civil Brasileiro, o Estatuto da Criança e do Adolescente e a Lei da Reforma Psiquiátrica, porém, conforme o conselheiro cita no parecer, em nenhum destes documentos encontra-se menção à proibição da permanência de crianças e adolescentes na mesma área de adultos em instituições psiquiátricas. O que fica claro é um direcionamento de total poder aos médicos e juristas, a quem cabe decidir se o interno pode ou não permanecer junto aos adultos. Isto pouco esclarece a respeito da garantia de direitos a estes sujeitos, visto que fica dependente da avaliação, algo totalmente subjetivo, do médico atendente e juiz.

Podemos perceber um vácuo na legislação no que tange à melhoria de condições da assistência em hospitais psiquiátricos à crianças e jovens. Um problema recorrente na década de 1940 continua em voga nos dias de hoje. Em sua dissertação, Luís Carlos Pereira Varella (2006) mostra que de julho de 2002 até julho de 2004 um total de 66 adolescentes foram internados no Ipq/SC. Deste número, 1 adolescente de 13 anos, 8 de 14 anos, 13 de 15 anos, 18 de 16 anos e 12 de 17 anos,

sendo em grande maioria do sexo masculino.¹⁰ Este número mostra como, ao menos até uma década atrás, a internação de adolescentes junto a adultos continua sendo uma realidade na maior instituição psiquiátrica do estado de Santa Catarina.

Na História do Tempo Presente “a união e interação do presente e do passado constituem a principal inovação [...]” (BÉDARIDA, 2006, p. 220). O autor destaca que com o advento dessa perspectiva para a história, impulsionados pela criação do Instituto de História do Tempo Presente, na França no final da década de 1970, os problemas e questionamentos pesquisados e analisados pela História passaram a ter como ponto de partida as inquietações do próprio presente, dentro das necessidades de respostas que o próprio presente impunha.

Em entrevista, Henry Rousso (AREND; MACEDO, 2009) coloca que a História do Tempo Presente muito se alimentou de uma história do trágico, visto que buscou e ainda busca respostas para os grandes traumas do século XX, como a Segunda Guerra Mundial e o nazismo. São períodos que marcaram fortemente a vida das pessoas e se tornaram inquietações permanentes, vividas no presente. Na pesquisa para a elaboração de sua tese o autor coloca que se deu conta de que as memórias acerca da Segunda Guerra, nazismo e fascismo estavam vivas.

É isso que eu chamava uma “História que não passa”, um passado que não passa,

¹⁰ Estes números foram retirados das tabelas de apêndices da dissertação: VARELLA, Luís Carlos Pereira. *Lettres de cachet – A solitária trajetória para a loucura: jovens internos e egressos do Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina*. Dissertação (Mestrado). UFSC, Florianópolis. 2006.

que é sempre presente. Esta concepção de que o passado permanece sempre presente nos apresenta um grande debate, que traz discussão e polêmica, pois é um regime de historicização novo. Não há muitos casos na História, no passado, onde se produziu dessa maneira. Entendo que a prática dos historiadores do Tempo Presente não pode ser compreendida fora desse contexto. (2009, p. 209)

Rouso fala aqui de um passado que reverbera no hoje, que de alguma forma ainda é vivo, seja pela memória ou por um problema ainda não resolvido. Não se trata de “um simples período adicional destacado da história contemporânea, mas uma nova concepção da operação historiográfica.” (DOSSE, 2012, p. 7). Quebrando homogeneizações temporais e cronológicas, construindo um ir e vir entre passado, presente e futuro, procurou-se contribuir para a compreensão da construção do presente (NETO, 2014, p. 37). Isso é possível desde que sua temática reverbere de alguma forma no tempo presente, o que será dado a partir da abordagem do historiador.

A História do Tempo Presente “está na intersecção do presente e da longa duração. Esta coloca o problema de se saber como o presente é construído no tempo. Ela se diferencia, portanto, da história imediata porque impõe um dever de mediação.” (DOSSE, 2012, p. 6). Neste caso a década de 1940, no HCS, é abordada levando em conta as relações que estabelece com o presente, através dessa mediação. Trata-se de buscar contribuir para a discussão de um problema que se estende por décadas.

A pesquisa foi realizada com a documentação presente no Centro de Documentação e Pesquisa do

Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina.¹¹ O CEDOPE foi inaugurado no final de 2011, ano em que a instituição comemorou 70 anos de funcionamento. Com o objetivo de salvaguardar e disponibilizar para pesquisa o acervo documental proveniente do HCS, o projeto surgiu de uma parceria entre a Universidade do Estado de Santa Catarina e o Ipq/SC. A criação de um centro reflete a demanda e interesse por esse passado de sofrimento, buscando não esquecer suas memórias, movimento próprio de nosso tempo.¹²

Entre os acervos documentais abrigados pelo CEDOPE estão cerca de 22 mil prontuários, datados da inauguração do HCS até a década de 1970; livros de ocorrência; livros de registro de entrada; objetos museológicos; fotografias; uma biblioteca de livros médicos, entre outros.¹³ Os prontuários, centrais na construção do presente trabalho, forneceram

¹¹ O Centro de Documentação e Pesquisa do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina será identificado pela sigla CEDOPE.

¹² O projeto de extensão *Arquivos marginais*, do curso de História da Universidade do Estado de Santa Catarina e ligado ao Laboratório de Patrimônio Cultural (Lab/Pac), conta com a coordenação da Profa. Dra. Viviane Trindade Borges e bolsistas da graduação. O projeto possibilitou a criação do Centro de Documentação e Pesquisa, bem como a continuidade do trabalho de salvaguarda da documentação, realizado atualmente.

¹³ Os prontuários da década de 1970 em diante estão sob guarda do SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística) do IPq/SC. Uma biblioteca de livros de medicina, a maioria deles datados da primeira metade do século XX, encontra-se sob a guarda do CEDOPE/IPq/SC. A biblioteca conta com aproximadamente 470 livros, remanescentes do antigo HCS. Entre eles estão livros de medicina geral, como anatomia, saúde da mulher, saúde da criança, livros de psiquiatria geral e específicos. Os livros são em sua maioria franceses, mas encontra-se também ingleses e espanhóis, além dos traduzidos para o português sem a menção do país de origem.

informações sobre quem eram as crianças e jovens que no HCS foram internadas; como foram descritas e diagnosticadas pelos funcionários que as atenderam; os tratamentos pelos quais passaram e os desdobramentos após internação. Esses são documentos únicos, preenchidos pela instituição para cobrir exigências legais, mas que revelam ao historiador o caminho trilhado pelos internos enquanto permaneceram internados.

É importante ressaltar os cuidados éticos necessários ao fazer uso desse tipo de documento como fonte para pesquisa. Tratam-se de documentos sensíveis, que referem-se a vidas pessoais, podendo expor os indivíduos e suas famílias. Para a construção do apêndice foram utilizados os números dos prontuários dos pacientes e para se referir, ao longo do trabalho, aos casos específicos os nomes verdadeiros das crianças e jovens foram substituídos por nomes fictícios. Além disso, as verdadeiras datas de entrada dos pacientes na instituição foram alteradas, de forma a garantir o anonimato.

Para a pesquisa foram consultados primeiramente os *Livros de Registro de Entrada*¹⁴, onde foi possível identificar os registros daqueles internados no HCS de 1942 a 1951 com até 17 anos de idade. Nos referidos livros foram consultados o número de registro dos pacientes, que possibilitaram chegar à caixa onde o prontuário está alocado. Nos *Livros de Registro de Entrada* foram encontrados 119 crianças e jovens, desse

¹⁴ Nestes livros eram anotadas, em uma página apenas, os dados gerais daqueles que seriam internados na instituição. Após isso, os registros encontrados estavam nos prontuários. Para esta época não foram encontrados livros de ocorrência, onde podem ser encontradas anotações diárias sobre os pacientes na instituição.

número, 96 fizeram parte da pesquisa.¹⁵ Para auxiliar na análise dos dados foi construída uma tabela (Apêndice A), onde foram registradas algumas informações sobre os internos, conforme se considerou relevante para o trabalho: número de registro; sexo; idade; profissão; naturalidade/nacionalidade; cor; instrução; residência; internante; data de entrada; data de alta; data de óbito; diagnóstico e tratamento. As informações recolhidas dos prontuários para a construção da tabela fazem parte da própria constituição desse tipo de documento, que apresenta campos específicos para cada um dos registros.¹⁶

A análise dos dados quantitativos, registrados na tabela, foi de extrema importância para a compreensão do perfil social das crianças e jovens e das práticas institucionais às quais eles foram submetidos. Claudio Bertolli Filho (1996, p. 173) coloca o uso de “arquivos prontuários” como uma “forma de superação do declarado desconhecimento do paciente na perspectiva histórica.” Já Paulo Fernando Campos (2004), utilizando prontuários como fonte de pesquisa, ressalta que os significados que este tipo de documentação é capaz de revelar extrapolam a dimensão de um laudo técnico, revelando possibilidades e representações acerca das relações sociais. O que foi em determinado momento preenchido apenas para cumprir uma exigência legal desvela ao olhar atento do historiador uma série de

¹⁵ Isso porque algumas caixas de prontuários não foram encontradas; alguns prontuários não foram encontrados nas caixas; ou mesmo, ao chegar ao prontuário, a idade apresentada era maior que 17 anos.

¹⁶ Os dados estão registrados na contracapa dos prontuários, com exceção apenas do tratamento. Fotografias da documentação, com algumas das páginas que constituem os prontuários, podem ser consultadas nos anexos da dissertação.

brechas que possibilitam compreender práticas sociais de um período.

Os prontuários apresentam páginas reservadas ao registro do exame do interno no momento de entrada na instituição, bem como dos realizados posteriormente, com vistas ao acompanhamento do seu tratamento. Destes espaços foi possível depreender um pouco das subjetividades daqueles que prestavam informações, que podiam ser o informante ou o próprio interno, e dos funcionários responsáveis pelo exame e registro das impressões obtidas. Apesar da quantidade de registros encontrados nestes campos dos documentos, pouco pôde ser utilizado, devido a impossibilidade de compreensão da grafia utilizada pelos funcionários.

Apesar das possibilidades oferecidas pelos prontuários é preciso colocar os limites dessa documentação enquanto fonte para pesquisa histórica. De caráter estritamente institucional, seu preenchimento está direcionado pelos itens solicitados pela constituição do próprio documento, assim como pelo olhar de quem o preenche. Trazendo informações apenas da vida dos sujeitos enquanto “doentes” e durante o período que permaneceram na instituição, o documento, na maioria dos casos, deixa lacunas relacionadas a quem foram estes sujeitos em suas subjetividades. Em algumas pesquisas, como nos trabalhos de Yonissa Wadi (2009) e Viviane Borges (2012), parte desses limites foram superados pela existência de cartas escritas pelos internos nos prontuários consultados. Infelizmente, em nenhum dos prontuários analisados foi possível encontrar vestígios de registros produzidos pelos próprios internos, o que representa um dos limites do trabalho. Apesar disso, duas cartas de familiares foram encontradas na documentação, abrindo brechas para se ter acesso à voz daqueles que também vivenciaram a

experiência do internamento, mas de uma outra perspectiva.

Pensar nas dificuldades em se ter acesso ao sujeito internado em instituições psiquiátricas através da documentação relaciona-se a própria organização das instituições que exercem algum tipo de controle. Em vista disso, a noção de controle social é importante para os trabalhos que se proponham a estudar instituições como hospitais psiquiátricos. Pensando a historicidade da noção dentro das Ciências Sociais, Marcos Alvarez (2004) coloca que:

Existe uma crítica a respeito das abordagens que vulgarizam a noção de controle social, que acabam dando uma ênfase exagerada no caráter unidirecional das práticas de controle social que impede que sejam analisadas as formas por meio das quais aqueles que eram sujeitos por essas práticas resistiam, negociavam ou mesmo compactuavam com elas.

Apesar da dificuldade em se ter acesso às resistências e negociações dos internos na documentação pesquisada para este trabalho, sabe-se da importância desta discussão e tentou-se superar em partes estes limites através da desnaturalização deste processo. O enfoque nas incoerências entre os discursos de inauguração do HCS e as práticas realizadas pelo hospital foi uma das formas encontradas para desconstruir a ideia da instituição como coerentemente organizada.

Sob esta perspectiva, as cartas encontradas nos prontuários, possibilitam vislumbrar a importância das famílias na definição e estigmatização dos tidos como anormais. Sob esta perspectiva, é possível problematizar

o papel dos sujeitos na criação de suas próprias sujeições e nas demandas para a criação de instituições que satisfaçam suas exigências (IGANATIEFF, 1987, p. 191-192).

As crianças e jovens desta pesquisa aparecem na legislação e alguns prontuários como *menores anormais*. O termo menor apresenta uma historicidade que precisa ser considerada e problematizada. Irene Rizzini (1995) coloca que desde a passagem do Império para a República, quando as crianças e jovens já apareciam como um grave problema a ser resolvido para a construção do país, o termo *menor* esteve associado exclusivamente aos segmentos empobrecidos e marginalizados da sociedade. Inicialmente uma categoria jurídica, o termo foi popularizado e incorporado na linguagem.

Apesar do termo *menor* nomear os que não possuem maioridade penal ou civil, ele esteve vinculado historicamente àqueles que eram sujeitos do aparato jurídico-assistencial, visto que os juristas concentravam-se no problema da infância considerada abandonada e criminosa. Assim, não é qualquer criança e jovem que seria designada como *menor*, mas aqueles que passariam por medidas de assistência e correção. Segundo Rizzini, alguns seriam chamados *crianças*, aqueles bem nascidos, com famílias com boas condições, enquanto outros, filhos das camadas mais pobres, seriam os *menores*.

Apesar de não terem sido um dos problemas centrais da preocupação de juristas, visto que estes se concentravam nas crianças e jovens consideradas abandonadas e delinquentes, os *menores anormais* deste trabalho também não se enquadraram no padrão de infância sadia, que resultaria no desejado próspero futuro para a nação, e nem no padrão de produtividade

para o trabalho, como era almejado pelo projeto político em vigor no país. Estes, como considerados abandonados e criminosos, tiveram como destino o internamento em uma instituição de isolamento. Buscou-se a assistência, correção e tratamento daqueles que poderiam apresentar um desvio dos padrões desejados para a construção da sociedade almejada pelas elites.

Também importante é a discussão em torno do sentimento de infância. De acordo com Jacques Gélis (1991) no final do século XIV, na Europa, começam a surgir indícios de uma nova relação com a criança dos meios mais abastados, que se amplia ao longo do século XVII, representada pela vontade de preservar sua vida. A preocupação dos pais passa a ser evitar a doença e morte prematura da criança, garantindo sua integridade. De acordo com o autor, isso não significa que até esse momento os pais não se importassem em perder um filho, mas a relação com a vida era diferente e importavam mais os interesses da linhagem familiar do que o indivíduo. A mudança de atitude em relação a criança é colocada como uma mutação cultural, que levou longo período de tempo para ocorrer. Além disso, não se desenrolou de maneira linear e no mesmo ritmo em todos os lugares. Nas palavras do autor:

O interesse ou a indiferença com relação à criança não são realmente a característica desse ou daquele período da história. As duas atitudes coexistem no seio de uma mesma sociedade, uma prevalecendo sobre a outra em determinado momento por motivos culturais e sociais que nem sempre é fácil distinguir. [...] Assim, devemos interpretar a afirmação do “sentimento da infância” no século XVIII – quer dizer, *nosso* sentimento da infância – como o sintoma de uma profunda

convulsão das crenças e das estruturas de pensamento, como o indício de uma mutação sem precedente da atitude ocidental com relação à vida e ao corpo. (GÉLIS, 1991, p. 328)

Perceber o sentimento de infância como algo que se transformou ao longo do tempo, com a coexistência de diferentes atitudes em relação a criança em uma mesma época e sociedade, possibilita desnaturalizar as relações estabelecidas no presente. Práticas como a permanência das crianças junto aos adultos no HCS, durante longos períodos de tempo e sem que houvesse registros da preocupação em se construir um pavilhão que as separassem e fosse prestado atendimento diferenciado, é melhor compreendida quando se lança mão de tal discussão.

Os discursos médicos prescreveram padrões de normalidade e, conseqüentemente, anormalidade em relação ao comportamento da população, incluindo as crianças e jovens. Aqueles que fugiram a determinados padrões considerados ideais, foram identificados como *menores anormais*. Nos prontuários, o discurso institucional descreveu, definiu, diagnosticou e prescreveu os tratamentos a serem empregados a estes pacientes. Assim, o conceito de discurso, tomado na perspectiva de Michel Foucault, é de fundamental importância para a análise neste trabalho.

Em *Arqueologia do saber* (2005, p. 122) Foucault define o discurso como um “conjunto de enunciados que se apoia em um mesmo sistema de formação; é assim que poderei falar do discurso clínico, do discurso econômico, do discurso da história natural, do discurso psiquiátrico.” Em relação ao que são os sistemas de formações o autor coloca:

Por sistema de formação é preciso, pois, compreender um feixe complexo de relações que funcionam como regra: ele prescreve o que deve ser correlacionado em uma prática discursiva, para que esta se refira a tal ou tal objeto, para que empregue tal ou tal enunciação, para que utilize tal ou tal conceito, para que organize tal ou tal estratégia. Definir em sua individualidade singular um sistema de formação é, assim, caracterizar um discurso ou um grupo de enunciados pela regularidade de uma prática. (FOUCAULT, 2005, p. 82)

Assim, as falas dos médicos, partindo de um “complexo feixe de relações” e de um local autorizado que é o próprio campo de saber da medicina, foram capazes de instituir sujeitos, os “anormais”, e legitimar sua internação em uma instituição. A respeito da discussão acerca dos discursos Viviane Trindade Borges (2010, p.14) coloca:

[...] são falas inseparáveis das instituições às quais estão ligadas, que criam e instituem determinada realidade. Tais campos de saber permitem-se o direito de definir quem foram, o que fizeram ou desejaram fazer determinados personagens. Assim, a invenção seja de um louco, seja de um artista, pode ser pensada como resultado final de práticas discursivas e não discursivas que desenham atos e pensamentos, seguidamente em detrimento daquilo que os próprios sujeitos “representados” dizem ou pensam de si mesmos.

Neste sentido, as crianças e jovens que fazem parte deste trabalho não são tomadas enquanto

anormais ou atreladas a determinados diagnósticos. Pelo contrário, busca-se desnaturalizar essas classificações, levando em conta que tais definições foram instituídas por discursos e práticas que buscaram legitimar as intervenções psiquiátricas, justificando sua importância enquanto protetoras da sociedade.

Segundo Foucault (1996) a produção do discurso é controlada por procedimentos. Um deles, que perpassa diretamente o campo da psiquiatria, é a disciplina. As disciplinas possuem determinadas características que controlam a produção do discurso, entre elas: domínio de objetos; conjunto de métodos; corpos de proposições consideradas verdadeiras; jogo de regras e de definições; técnica e instrumentos próprios. Ou seja, não é qualquer proposição que será aceita. É preciso que o enunciado esteja de acordo com uma série de regras, dessa forma a disciplina potencializa ainda mais o controle da produção do discurso.

Os denominados *menores anormais* fizeram parte do grupo de “estranhos” e “diferentes” para a sociedade do período estudado. Cabe aqui, uma reflexão acerca da criação dos padrões de normalidade. Cito José Geraldo Silveira Bueno (2006, p. 168):

Se, em outras formações sociais, seja em tempos ou espaços diferentes, os requisitos e expectativas sociais não exigiram ou exigem um determinado tipo de atuação, que determine a existência dessa ou daquela anormalidade, esta não é identificada, e isso não por atraso ou ignorância, mas porque as relações sociais estabelecidas não a requerem.

Os padrões de normalidades são estabelecidos socialmente, e dessa maneira, as anormalidades

correspondem ao que escapa ao padrão, identificadas através das relações entre os indivíduos e o meio. Vale trazer para a discussão a reflexão de Georges Canguilhem (1990) a respeito da determinação do que é considerado normal e/ou anormal: eles não existem em si, apenas obedecem as determinações colocadas pelo meio, no caso o que a própria sociedade estabelece. A partir do momento em que se alteram as normas, o normal e/ou anormal deixam de ser considerados como tal. Na tentativa de delimitar e descrever os tipos de anormalidades, elaborando diagnósticos e determinando o que fazer com os ditos *menores anormais* entra em cena o discurso médico-psiquiátrico, considerando-se este como uma teia formada por uma série de enunciados que participam de processos de subjetivação e inventam modos de existência (BORGES, 2010).

Em *O Sujeito e o Poder*, Michel Foucault (1995) descreve o seu objetivo de trabalho como: "(...) criar uma história dos diferentes modos pelos quais, em nossa cultura, os seres humanos tornaram-se sujeitos." (1995, p. 231). O poder é colocado como o que busca fazer do indivíduo sujeito, visto que o categoriza ao impor-lhe "uma lei de verdade". Neste sentido o discurso médico busca exercer o poder de transformar os indivíduos crianças e jovens em sujeitos diagnosticados, para os quais uma série de imagens e representações são associadas, assim como medidas de tratamentos são prescritas. Compreende-se, dessa forma, que não existiam os diagnósticos antes que uma série de enunciados advindos do discurso médico-psiquiátrico as definissem. Assim, cabe aqui a tarefa de perscrutar os caminhos instituídos aos considerados loucos em Santa Catarina, problematizando as questões em jogo quando se trata de definir um lugar para as crianças e jovens tidas como anormais em determinado período e para

isso torna-se necessário compreender como tais patologias eram descritas na época pelo saber/poder psiquiátrico.

Por se tratar do estudo de uma instituição faz-se necessário atentar para a variação de escalas utilizadas ao longo do trabalho. Jacques Revel (1998, p. 11) coloca que, com o início das discussões acerca da abordagem microanalítica, a aposta era de que ao mudar a "objetiva", aumentando o objeto de observação, apareceria uma outra trama, outra organização do social, dessa forma a variação de escalas poderia contribuir para um enriquecimento dos trabalhos. Aqui as diferentes escalas aparecem através da relação do HCS com a assistência psiquiátrica realizada em nível nacional, bem como as legislações em vigor no país.

Antes de adentrar nos capítulos que compõem a presente dissertação, cabe ressaltar, através de uma breve revisão bibliográfica, os principais trabalhos que contribuíram para este estudo, sejam eles ligados à temática da história da assistência psiquiátrica no Brasil ou especificamente à história do HCS.¹⁷

Pensando nos trabalhos que também utilizaram prontuários como fonte para pesquisa histórica, destaco dois estudos que dialogam diretamente com o presente trabalho. O livro de Yonissa Marmitt Wadi (2002), *Louca*

¹⁷ Entre as referências fundamentais para o estudo da história da loucura e psiquiatria no Brasil estão: MACHADO, Roberto et al. *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. (1978); COSTA, Jurandir F. *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. (1981); CUNHA, Maria Clementina. *O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo*. (1986); PORTOCARRERO, Vera. *Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria*. (2002); ENGEL, Magali. *Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930)*. (2001).

pela vida: a história de Pierina. Fruto de sua tese de doutorado, a autora utiliza, além de outros documentos, o prontuário da paciente, o que serve de inspiração para este trabalho. Na tese ela aborda a vida da paciente Pierina, acusada de assassinar sua filha, e internada no Hospital Psiquiátrico São Pedro em 1909. E o livro *Loucos nem sempre mansos*, de Viviane Trindade Borges (2012) traz o resultado de um estudo a respeito da criação do Centro Agrícola de Reabilitação (RS), bem como as práticas de controle empreendidas pelos funcionários da instituição, a fim de pôr em prática o objetivo de reabilitar os internos, e as resistências criadas pelos próprios pacientes no decorrer do cotidiano do lugar. Seu trabalho serve de inspiração por tratar do cotidiano vivido pelos internos dentro da instituição, onde brechas em meio à vida controlada aparecem e são aproveitadas.

Em relação aos trabalhos da área de História que trazem como tema o Hospital Colônia Sant'Ana, considerando o recorte temporal da presente pesquisa, tem-se a dissertação de mestrado *Por entre luzes e sombras: (re)significando um espaço de loucura* (1997), de Arselle de Andrade da Fontoura, que apresenta um estudo sobre a criação do HCS, com enfoque para as ressignificações e recriações dos pacientes frente ao poder institucional; o Trabalho de Conclusão de Curso de Jaqueline A. da Silva, intitulado *Vizinhos da loucura: a ação institucional da Colônia Sant'Ana junto à comunidade que cresceu às suas margens* (2001), em que a autora trata especialmente da relação do hospital com a comunidade, composta de muitos funcionários, estendendo para fora dos muros a sua assistência; realizado mais recentemente, o Trabalho de Conclusão de Curso de Catarina Lisboa Carmo, *Vozes em transito: um estudo sobre o agenciamento de diferentes discursos*

acerca da presença das irmãs da Divina Providência no Hospital Colônia Sant'Ana (1941-1985) (2012), que buscou analisar os diferentes discursos acerca da presença e do trabalho das irmãs da Divina Providência no HCS.

Tratando também da história do HCS, mas da área da enfermagem, estão os trabalhos *Hospital Colônia Sant'Ana: o saber/poder dos enfermeiros e as transformações históricas (1971-1981)*, de Eliani Costa (2010), que buscou historicizar as transformações ocorridas na instituição a partir do ingresso dos primeiros enfermeiros e a dissertação de Ana Maria Espínola Koerich (2008), *Hospital Colônia Sant'Ana: reminiscências dos trabalhadores de enfermagem (1951-1971)*, que trata do cotidiano dos trabalhadores de enfermagem no hospital, no recorte proposto.

O presente estudo está dividido em 3 capítulos. No primeiro, intitulado *Hospital Colônia Sant'Ana: sobre sua criação e primeiros anos de atuação*, discute-se o contexto de criação do hospital, em nível estadual e nacional e o discurso modernizador que esteve vinculado à sua estrutura física e instalações. Depois, faz-se um levantamento dos dados que descrevem o perfil social das crianças e jovens pesquisadas. Por fim, discute-se a atuação de duas instituições importantes para pensar o início da assistência médica voltada para crianças e menores considerados anormais no Brasil.

No segundo capítulo, *Indícios das práticas institucionais a caracterização dos pacientes e os tratamentos indicados*, entra-se mais a fundo nos prontuários, buscando pelas práticas do hospital. São consideradas as falas dos funcionários, que descreveram os pacientes e os diagnosticaram, nelas é possível detectar muitos ideais científicos próprios de sua época. São analisados ainda os tratamentos pelos

quais passaram os internos pesquisados, que à sua maneira também revelam preceitos médicos que norteavam as práticas no HCS.

O terceiro capítulo, *Trajetórias individuais*, também tendo como fontes principais os prontuários, busca pela trajetória institucional de alguns pacientes. Reduzindo a escala de análise e centrando nos detalhes de alguns casos, buscamos por aspectos impossíveis de identificar enquanto os documentos fossem tomados apenas como um grande conjunto e atentando para o mais recorrente.

2 HOSPITAL COLÔNIA SANT'ANA: CRIAÇÃO E PRIMEIROS ANOS DE ATUAÇÃO

Todas as sociedades produzem seus estranhos, como nos coloca Zygmunt Bauman (1998, p. 27), são pessoas que não se encaixam nos mapas cognitivos, morais ou estéticos desenhados. Levando em conta que a sociedade é quem produz os padrões a serem seguidos, os estranhos são produzidos pela própria sociedade. Segundo autor, o estado moderno determinou como deveria ser a ordem e aqueles que à ela não se ajustaram passaram a representar o caos a ser combatido. A aniquilação dos estranhos e do diferente fez parte da construção da ordem, da constituição do estado e nação. Nas palavras do autor:

Os estranhos exalaram incerteza onde a certeza e a clareza deviam ter imperado. Na ordem harmoniosa e racional prestes a ser constituída não havia nenhum espaço – não podia haver nenhum espaço – para os “nem uma coisa, nem outra”, para os que se sentem escarranchados, para os cognitivamente ambivalentes. Constituir a ordem foi uma guerra de atrito empreendida contra os estranhos e o diferente. (BAUMAN, 1998, p. 28)

Em *A governamentalidade* Foucault (1986) descreve a forma como o Estado moderno passa a gerir as condutas da população, numa relação entre o governo de si, da família e do Estado. Muito em função da expansão demográfica, no final do século XVII a população transformou-se em um problema central para os governos (AREND, 2011, p. 142). Guardadas as especificidades relacionadas a diferente espacialidade e temporalidade de que trata Foucault (1986), a Europa do

século XVII, a noção de gestão da população é importante para pensar o período aqui estudado.

Cynthia Machado Campos (2008, p. 21) destaca o final da década de 1930 e início dos anos 1940 em Santa Catarina como um “momento de vários investimentos institucionais”. Na perspectiva da autora, tais investimento voltavam-se para a consolidação de dispositivos de controle, com a tentativa de homogeneização da população.¹⁸ Tratando da obra assistencialista realizada pelo governo estadual através da criação de instituições de isolamento voltadas para transformações na área da saúde, higiene e educação, a autora elenca uma série de instituições que passam a funcionar no estado.

Em 1936 o Serviço de Saúde Pública de Santa Catarina foi reorganizado, transformando a antiga Diretoria de Higiene em Departamento de Saúde Pública. O Departamento era responsável pela centralização administrativa de Centros e Postos, construídos nos anos finais de 1930, localizados nas principais cidades do estado. Em 1940 foi criado o Serviço de Assistência a Psicopatas, responsável por lançar as bases para a construção do HCS, em 1941; o Serviço de Atendimento aos Lázarus, com a criação do Leprosário Santa Tereza e uma rede de hospitais pelo estado, sendo o Hospital Nereu Ramos instalado na cidade de Florianópolis (CAMPOS, 2008, p. 107).

Ainda de 1940 é a inauguração do Abrigo de Menores, também localizado na capital do estado, ampliando os serviços do Juizado de Menores da Comarca de Florianópolis, que havia sido criado em 1935. A ampliação dos serviços de assistência e

¹⁸ A problematização em relação a noção de controle social é discutida na introdução deste trabalho.

reclusão atingiu também a Penitenciária do Estado, inaugurada em 1930, que passou por ampliação e reformas em suas instalações em 1936. Vemos assim, com os exemplos citados, a criação de uma teia institucional no estado, que atingiu os âmbitos da higiene, saúde, educação e conduta da população.

De acordo com Ana Venâncio (2011, p. 43) o que se verifica a partir deste período em nível nacional, 1937 com o Estado Novo, é um “processo tanto de centralização política quanto de descentralização no que se refere à implantação efetiva das ações do Estado, a fim de produzir uma interação entre as esferas federal, estadual e municipal de governo.” Nesse processo, todos os órgãos do Ministério de Educação e Saúde ligados à saúde passaram a integrar o Departamento Nacional de Saúde (DNS). Assim, complementa a autora:

Buscava-se instituir a fiscalização dos municípios pelos estados, garantindo hierarquicamente o controle federal sobre todas as instâncias, incentivando, ao mesmo tempo, o diálogo entre elas, mas sem diminuir a relevância da atuação federal no jogo do poder. (VENANCIO, 2011, p. 43)

Entre 1937 e 1941 o DNS realizou uma série de inquéritos sobre os problemas de saúde no Brasil, o que incluiu as condições da assistência psiquiátrica em todo o território nacional. O diagnóstico obtido no inquérito realizado deu origem ao *Plano Hospitalar Psiquiátrico* (1941), que faz um balanço da assistência no país, mostrando como essa se dava de forma diversificada a depender do estado de origem, e estabelece como modelo institucional a ser seguido, na ampliação e modernização da assistência psiquiátrica em âmbito

nacional, o hospital-colônia. Segundo Ana Venâncio (2011, p. 46), a adoção do formato hospital-colônia visava aproveitar os espaços já existentes de instituições de tipo colônia, mantendo a ideia da instituição afastada dos centros urbanos e tendo como terapia principal as atividades agrícolas e de pequenas indústrias.

A autora esclarece a diferença entre as instituições de tipo colônia do modelo hospital-colônia explicando que a primeira foi utilizada internacionalmente e no Brasil para o tratamento de diversas doenças, associado na maioria das vezes ao isolamento. Na perspectiva psiquiátrica o isolamento dos doentes em colônia rurais estava vinculado ao tratamento através do trabalho agrícola. A primeira colônia agrícola do país foi criada em fins do século XIX em São Paulo, anexa ao Hospício de Juqueri. Já o modelo hospital-colônia, que aparece pela primeira vez com a Colônia Juliano Moreira em 1924, significou uma outra configuração para esse modelo de assistência.

A configuração hospital-colônia que se forjava, como o nome sugere, foi um híbrido. De um lado conservava os investimentos já realizados na colônia agrícola e aquilo que era considerado um de seus principais trunfos: a terapêutica pelo trabalho para os crônicos, que trazia algum retorno orçamentário frente às despesas institucionais. De outro lado se apresentava como uma instituição hospitalar, visando empregar os tratamentos considerados de ponta na época e auxiliar o poder público no sentido de maior resolubilidade, quantitativa e qualitativamente, para o problema da doença mental, incluindo-se a absorção de população já institucionalizada. Tratava-se de um formato institucional inspirado nas

colônias agrícolas e, ao mesmo tempo, bastante distinto no que se refere à estrutura física e assistencial. (VENÂNCIO, 2011, p. 49)

Obedecendo à essa configuração de assistência, temos a construção e inauguração do HCS em 1941, recebendo seus primeiros internos em janeiro de 1942. Segue-se agora para a discussão da forma como se deu, no estado de Santa Catarina, a instalação dessa nova instituição, levando em conta os discursos que atribuíram modernização à obra e futura atuação. Posteriormente, explora-se os dados coletados dos prontuários pesquisados, que indicam o perfil social dos internados, com a distribuição etária, cor, sexo, instrução e ocupação. Por fim, é feita a discussão acerca da assistência a crianças e jovens consideradas anormais no Brasil de início do século XX.

2.1 MODERNIZAÇÃO À SERVIÇO DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA

Em 1936, o então governador Nereu Ramos¹⁹, em mensagem à Assembléia Legislativa, chama a atenção para a necessidade de construção de uma instituição que viesse atender as demandas de Santa Catarina em atendimento psiquiátrico. Nas palavras do governador: “Já é tempo de se cuidar da construção pelo Estado de um estabelecimento em que se recolham os alienados e onde lhes ministre o tratamento que a psiquiatria vai

¹⁹ Nereu Ramos nasceu em Lages/SC em 1888 e formou-se em Direito pela Faculdade de Direito de São Paulo em 1909. Foi governador do estado de Santa Catarina de 1935 a 1937, quando foi nomeado interventor sob o governo de Getúlio Vargas, cargo que ocupou até 1945. (PIAZZA, 1994, p. 646)

aperfeiçoando.”²⁰ Cinco anos depois, no dia 10 de novembro de 1941 o *Jornal Dia e Noite* anunciava a inauguração do Hospital Colônia Sant’Ana:

[...] o Interventor Nerêu Ramos entrega agora a Santa Catarina a monumental Colônia Sant’Ana, obra grandiosa, inegavelmente motivo de legítimo orgulho para os catarinenses [...].

A Colônia Sant’Ana, destinada ao recolhimento de alienados, é obra de extraordinário vulto, realizada pelo nosso governo exclusivamente dentro dos recursos ordinários do erário. Essa obra foi projetada e construída pelo engenheiro conterrâneo Sr. Udo Deeke, diretor de Obras Públicas do Estado.

Dotado de todas as instalações necessárias, com aparelhamento moderníssimo, o hospital de psicopatas está situado em local aprazível, distante poucos quilômetros desta capital e oferecerá aos doentes ali internados o maior conforto possível, de par com todos os recursos da ciência (JORNAL DIA E NOITE, 10/11/1941).

A construção do HCS esteve vinculada a um discurso, divulgado em jornais, relatórios da instituição e mensagens trocadas entre políticos, que destaca a modernização representava por sua estrutura física e instalações. Criado durante o governo de Nereu Ramos, o HCS esteve vinculado ao projeto político de nível nacional e buscou a “promoção da modernização

²⁰ RAMOS, Nereu. **Mensagem à Assembléia Legislativa referente ao exercício de 1935**. Florianópolis: Imprensa Oficial, 1936. Disponível em: Arquivo Público do Estado de Santa Catarina.

catarinense, dentro da proposta de desenvolvimento de uma identidade nacional sustentada pela educação pública e pela saúde.” (AMORA, 2012, p. 50). A política empreendida pelo Estado Novo tinha como seu principal projeto o reconhecimento e o enfrentamento da questão social. Colocando-se em contraposição aos governos anteriores, tal projeto político dispunha-se a superar as necessidades em que vivia o povo brasileiro, enfrentando a realidade de pobreza.²¹

Entre os critérios para a promoção da melhoria das condições de vida das pessoas estava a valorização do trabalho. Nas palavras de Ângela de Castro Gomes (1988, p. 218), “O sentido principal e o núcleo da proposta de renovação e humanização do Estado encontravam-se ligados a um esforço consciente de atribuição de um valor positivo e intrínseco ao trabalho.” Neste sentido, desenhou-se o cidadão ideal como o bom trabalhador.

Por meio do processo de segregação de determinados grupos desviantes, podemos destacar aqueles que não eram trabalhadores e produtivos, buscou-se realizar a gestão das condutas da população, o que acabou por se desdobrar na construção de instituições de isolamento social, as quais ligavam estes indivíduos a aparelhos de normalização de

²¹ O fim do trabalho escravo, a chegada de imigrantes e populações rurais, contribuíram para um inchaço das cidades como Rio de Janeiro e São Paulo, que não contavam com infraestrutura para as transformações que ocorriam no país na passagem do século XIX para o XX e fez com que as condições de vida das classes populares fossem precárias. Medidas de reforma urbana e higiene foram empreendidas em diversas cidades nesse período. Sobre o tema ver: *Trabalho, lar e botequim: o cotidiano dos trabalhadores no Rio de Janeiro da belle époque*, de Sidney Chalhoub, e *Orfeu extático na metrópole: São Paulo, sociedade e cultura nos frementes anos 20*, de Nicolau Sevcenko.

comportamentos, provocando a inclusão por exclusão.²² Nos discursos de políticos e intelectuais envolvidos na criação do HCS vemos a exaltação do respaldo científico moderno que ditaria a atuação da assistência psiquiátrica no estado a partir daquele momento, em consonância com um projeto nacional.²³ Colocava-se a futura atuação do HCS como contraponto em relação a assistência de caráter caritativo e filantrópico que era empregado até então, em Santa Catarina, aos considerados doentes mentais.²⁴

²² Foucault (2013, p. 116) chama estes espaços de instituições de sequestro, as quais ligariam os indivíduos a um aparelho de normalização das condutas, provocando a “inclusão por exclusão”. Tais espaços se multiplicaram ao longo do século XIX, objetivando três funções imbricadas: o controle do tempo, do corpo e da produção de um saber a respeito dos indivíduos submetidos ao olhar controlador. São instituições especializadas, “as fábricas feitas para produzir, os hospitais, psiquiátricos ou não, para curar, as escolas para ensinar, as prisões para punir -, o funcionamento destas instituições implica uma disciplina geral da existência que ultrapassa amplamente as suas finalidades aparentemente precisas”, controlando toda a existência dos indivíduos. Utilizaremos tal conceito para pensar espaços como estes no século XX, nos referindo aqui as instituições criadas na década de 1940 em Santa Catarina, entendidas como espaços que mediarão as iniciativas governamentais de controle e proteção.

²³ Neste processo, além do HCS, foram criadas outras instituições na região da grande Florianópolis, cuja proposta previa o isolamento, tais como o Abrigo para Menores (1940), o Leprosário Santa Tereza (1940) e o Hospital Nereu Ramos (1943), este último destinado aos tuberculosos e portadores de outras doenças infectocontagiosas.

²⁴ Antes de o HCS entrar em funcionamento as instituições do estado que ofereciam assistência aos alienados eram o Hospital de Azambuja (1902), localizado na cidade de Brusque, criado por iniciativa do Padre Eising juntamente com a Congregação da Divina Providência, e o Hospício Municipal Oscar Schneider (1920), em Joinville. Ambas instituições foram desativadas com a transferência de seus pacientes para HCS em 1942 (COSTA, 2010).

A obra foi construída a uma distância de aproximadamente 22km do centro de Florianópolis, na localidade do São Pedro de Alcântara, hoje município de São José. No *Relatório do Hospital Colônia Sant'Ana ao Interventor Nereu Ramos*, de 1942²⁵, temos a descrição de que a obra foi: “composta de 5 pavilhões, para ambos os sexos, com instalações completas de: laboratório, raios X, gabinete dentário, serviço oto-rino-laringológico, bloco cirúrgico, serviço de identificação, serviço de balneoterapia e etc.” O hospital possuía ainda casas para “Diretor, Médico Auxiliar, Irmãs e Administrador, Parocho e para funcionários.”. Além disso, “padaria, garage, almoxarifado em prédios destinados aquele fim.” Assim, pode-se constatar os grandes investimentos voltados à instalação da instituição.

Além dos investimentos na construção e instalações do hospital o relatório de 1942 indica que houve desde o primeiro ano de funcionamento da instituição a prática de aquisição de livros e a intenção de continuação e ampliação de verbas para a mesma. De acordo com o documento, no qual estão listados os gastos do hospital naquele ano, um total de Cr\$. 502.860,00, foram empregados Cr\$. 2.000,00 na compra de livros.²⁶ No trecho a seguir a direção estabelece a relação entre a aquisição de livros, assim como de aparelhos, e a adaptação da instituição ao desenvolvimento científico em voga.

²⁵ Relatório do Hospital Colônia Sant'Ana ao Interventor Nereu Ramos, 1942, CEDOPE/lpq/SC.

²⁶ A sigla Cr\$ refere-se ao Cruzeiro, unidade monetária adotada a partir de 1942 no Brasil. Entre os principais gastos registrados no quadro orçamentário do relatório estão Cr\$. 111.660,00 destinados ao pagamento de funcionários e Cr\$. 210.000,00 à alimentação dos internados e funcionários.

O desenvolvimento científico atual é vertiginoso daí a necessidade de nos adaptarmos ao mesmo, razão porque precisamos manter aparelhagem moderna, biblioteca e tudo que venha trazer bem estar ao doente, razão porque necessitamos de aumentar a nossa verba para aquisição de livros e aparelhos.

Não foi possível descobrir se todos os livros que pertenceram a Biblioteca Médica do HCS foram adquiridos através de compra ou se alguns deles foram doados ao hospital. Também não sabemos a data em que os livros adentraram a instituição, pois poucos deles possuem anotações com as datas em que foram incorporados ao acervo. Mesmo assim, o documento indica que a aquisição de livros através de compra era realizada pela instituição e tinha como objetivo, ao menos formalmente, atualizar as práticas empregadas no hospital de acordo com o que vinha sendo produzido pela medicina no período.

As instituições que até a década de 1940 forneciam algum tipo de assistência aos considerados doentes mentais em Santa Catarina eram o Hospital de Azambuja (1902), localizado na cidade de Brusque, criado por iniciativa do Padre Eising juntamente com a Congregação da Divina Providência, e o Hospício Municipal Oscar Schneider (1920), em Joinville. Estes foram desativadas com a transferência de seus pacientes para HCS quando esse entra em funcionamento (COSTA, 2010). Assim, a criação do Hospital resultou de uma demanda por esse tipo de assistência no estado, conforme aponta o *Plano Hospitalar Psiquiátrico* de 1941:

SANTA CATARINA – Possui Santa
Catarina dois estabelecimentos

psiquiátricos: Asilo de Alienados “Oscar Scheider”, em Joinville, e Hospício de Azambuja, situado em Brusque [...]. Dada a deficiência dos mesmos, onde os doentes ainda conhecem grades e algemas, o Interventor Federal Dr. Nereu Ramos está construindo em Florianópolis um moderno Hospital-Colônia [...].

Assim, como destaca Viviane Borges (2013, p. 1532), o HCS foi colocado como “necessário para cobrir a lacuna existente no serviço de assistência aos enfermos mentais, propondo-se mais ‘piedosa e humana’ que as instituições existentes no estado.” Apesar da proposta de transformação no modelo de assistência realizado até então, algumas permanências aparecem já na constituição do HCS. Sua estrutura física, composta de casa para as irmãs da Divina Providência, antevem o poder administrativo que elas passariam a ter na instituição, que acabou por se desdobrar em um crescente embate entre os seus saberes, de caráter religioso, e aqueles de caráter científico, representados por profissionais da saúde. De acordo com Eliani Costa (2010, p. 120) o que permitiu o domínio do espaço psiquiátrico pelas religiosas, foi a insuficiente presença dos médicos na instituição.

No HCS atuaram, desde a inauguração até finais da década de 1970, as freiras da irmandade da Divina Providência, que foram transferidas do Hospital de Azambuja juntamente com os pacientes em 1942. Assim como no Hospital de Azambuja, todo o trabalho esteve centrado nas irmãs, como a direção da instituição e a assistência aos pacientes. Isso se repetiu em outras instituições psiquiátricas do país. Magali Engel (2001) coloca que na segunda metade do século XIX, no Hospício de Pedro II, as irmãs de caridade eram vistas

como braço direito dos médicos, ajudando no tratamento e vigilância dos doentes e no controle dos demais funcionários.²⁷

Em relação ao corpo médico do HCS os documentos consultados indicam apenas Agripa de Castro Faria, que ocupou o cargo de diretor geral na primeira década de funcionamento da instituição. Foi também diretor do Departamento de Saúde Pública do Estado de Santa Catarina, de 1940 a 1945. Natural do Rio Grande do Sul, o mesmo formou-se pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.²⁸ No plano político filiou-se a Aliança Liberal, vitoriosa em 1930, ocupando cargos como deputado estadual (1935 - 1937) e suplente de senador (1954 - 1955). (PIAZZA, 1994, p. 277). Neste contexto de início do século a psiquiatria esteve intimamente ligada ao projeto político nacional em voga. Jurandir Freire Costa (2006, p. 17) coloca, referindo-se a esse período, que existia uma *cumplicidade científica* da psiquiatria com as razões do Estado, que lhes assegurava “o direito de ostentar o título de especialistas.” Assim, os médicos psiquiatras deveriam estar comprometidos com o que objetivavam os governantes para o país. Esse é o caso do diretor Agripa, já que, como colocado acima, além de médico esteve inteiramente inserido ao cenário político estadual, filiado à Aliança Liberal, da qual era integrante o interventor Nereu Ramos.

²⁷ Para mais informações sobre a atuação das irmãs no HCS ver o Trabalho de Conclusão de Curso de Catarina Lisboa Carmo, *Vozes em trânsito: um estudo sobre o agenciamento de diferentes discursos acerca da presença das irmãs da Divina Providência no Hospital Colônia Sant’Ana (1941-1985)* (2012).

²⁸ O curso de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina foi criado apenas na década de 1960.

Tem-se assim, uma instituição que representou grandes transformações na assistência psiquiátrica no estado de Santa Catarina, visto a sua estrutura física, instalações e presença de ao menos um médico como diretor geral, representante dos conhecimentos científicos do período, mas que, conforme veremos, manteve muito das práticas que até então eram empregadas para assistência aos considerados doentes mentais.

2.2 AS CRIANÇAS E JOVENS: PERFIS SOCIAIS

De 1942, quando recebe seus primeiros 311 transferidos do Hospital de Azambuja e Hospício Oscar Schneider, à 1951, dão entrada no HCS como internos aproximadamente 2300 pessoas. Desse número, 119 aparecem nos *Livros de Registro de Entrada* com tendo até 17 anos de idade. Dos 119 encontrados nos documentos, 86 prontuários foram localizados e são aqui analisados. Com o intuito de sistematizar os dados obtidos com a documentação, foi construída uma tabela (Apêndice A), como abordado na introdução deste trabalho. Partindo da tabela principal separou-se os dados em tabelas específicas, que serão agora exploradas.

Na Tabela 1 tem-se a distribuição etária das crianças e jovens pesquisadas. Pode-se constatar que dos 86 casos analisados, pouco mais de 50% são jovens entre 15 e 17 anos de idade. Aproximadamente 25% estão na faixa de 10 a 14 anos, sendo o restante divididos entre 6 a 9 anos. Vale lembrar que estes são os registros referentes ao momento de entrada na instituição.

Tabela 1 – Distribuição etária das crianças e jovens

Idades	Nº de Pacientes	Porcentagem
6	1	1,16%
7	6	6,98%
8	1	1,16%
9	2	2,33%
10	1	1,16%
11	4	4,65%
12	5	5,81%
13	5	5,81%
14	7	8,14%
15	9	10,47%
16	18	20,93%
17	27	31,40%
Total	86	100%

Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação a distribuição por sexo há um equilíbrio nos registros. O sexo masculino aparece para 44 das crianças e jovens, enquanto 42 são registradas como pertencentes ao sexo feminino. Conforme mostrado na Tabela 2 o item cor dos prontuários analisados foram em sua maioria negligenciados, de 86 ao todo, 48 não apresentam nenhum registro relacionado a sua cor. Dos registros existentes, 17 meninos são considerados brancos, ao lado de 18 meninas. Apenas uma menina é registrada como parda, enquanto duas são consideradas pretas.

Tabela 2 – Distribuição de cor considerando o sexo

Categoria	Homem	Mulher	Homen %	Mulher %
Branca	17	18	38,64	42,86
Não consta	27	21	61,36	50,00
Parda	0	1	0,00	2,38
Preta	0	2	0,00	4,76
Total	44	42	100	100

Fonte: Elaborado pela autora.

No que se refere a instrução das crianças e jovens, percebe-se também um equilíbrio em relação aos meninos e meninas. Na Tabela 3 são apresentados esses números. Apesar de contar com um alto número de analfabetismo e instrução nula, 59% dos meninos e meninas – coincidentemente as porcentagens são as mesmas – há um relativamente alto registro de instrução primária, em um percentual de 29% para o sexo masculino e 38% para o feminino.

Tabela 3 – Instrução das crianças e jovens

Categoria	Homen %	Mulher %
Analfabeto	40,91	33,33
Não consta	9,09	2,38
Nula	18,18	26,19
Primária	29,55	38,10
Secundária	2,27	0,00
Total	100,00	100,00

Fonte: Elaborado pela autora.

A Tabela 3 ajuda a visualizar a distribuição geral de instrução, entretanto, faz-se necessário desmembrar os dados em duas outras tabelas. Uma para aqueles com até 11 de idade (Tabela 4), e a seguinte para os com idades maiores ou igual a 12 anos (Tabela 5). Dividiu-se os dados entre dois grupos devido as

especificidades desses períodos da vida para época, de acordo com o Código de Menores de 1927. A legislação estabeleceu a proibição do trabalho para aqueles com idade inferior a 12 anos, bem como dos trabalhos «perigosos à saúde, à vida, à moralidade» para aqueles menores de 18 anos.²⁹ Levando em conta a diferenciação feita pelo Código, tanto os dados referentes ao nível de instrução quanto a ocupação foram divididos entre os menores de 11 e maiores ou igual a 12 anos.

A Tabela 4 revela que para todas as crianças, em números de 10, do sexo masculino e 5 do feminino, o registro encontrado foi de “analfabeto” e “instrução nula”, sendo que em um deles não consta nenhum tipo registro.

Tabela 4 – Instrução dos menores de 12 anos

Categoria	Homem (< 12 anos)	Mulher (< 12 anos)
Analfabeto	7	3
Não consta	1	0
Nula	2	2
Primária	0	0
Secundária	0	0
Total	10	5

Fonte: Elaborado pela autora.

Na Tabela 5, a seguir, tem-se a distribuição por grau de instrução entre aqueles com idade maior ou igual a 12 anos. Os registros de “analfabeto” e “instrução nula” aparecem em maior número. Ainda assim, é possível destacar um grande número de registros referindo-se aos que possuíam instrução primária e um deles apenas como instrução secundária.

²⁹ Decreto Nº 17.943-A de 12 de outubro de 1927.

Tabela 5 – Instrução dos maiores ou iguais a 12 anos

Categoria	Homem (>= 12 anos)	Mulher (>= 12 anos)
Analfabeto	11	11
Não consta	3	1
Nula	6	9
Primária	13	16
Secundária	1	0
Total	34	37

Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação as profissões, conforme se vê na Tabela 6 abaixo, mais da metade dos pesquisados são registrados como possuindo ocupação, considerando que para parte deles a profissão registrada é estudante.

Tabela 6 – Ocupação

Categoria	Nº de Pacientes %
Estudante	5,81
Nada consta	17,44
Sem profissão	30,23
Trabalha	46,51

Fonte: Elaborado pela autora.

Separando novamente os dados entre os grupos etários temos os seguintes resultados. Entre os menores de 12 anos apenas 1 trabalhava e nenhum aparece como estudante.

Tabela 7 – Ocupação dos menores de 12 anos

Categoria	Nº de Pacientes (< 12 anos)
Estudante	0
Nada consta	3
Sem profissão	11
Trabalha	1

Fonte: Elaborado pela autora.

Entre aqueles com 12 anos ou mais, trinta e nove trabalhavam e cinco deles aparecem como estudantes.

Tabela 8 – Ocupação dos maiores ou iguais a 12 anos

Categoria	Nº de Pacientes (>= 12 anos)
Estudante	5
Nada consta	12
Sem profissão	15
Trabalha	39

Fonte: Elaborado pela autora.

As profissões de maior incidência nos registros são: doméstica e lavrador/a. O relatório de 1942 já apontava as duas profissões como as mais recorrentes entre os pacientes. Por fim, na Tabela 9, tem-se os números de crianças e jovens que receberam alta definitiva da instituição, ou que nela faleceram, sendo que em 9 prontuários não há o registro de saída ou morte.

Tabela 9 – Registro de óbitos

Categoria	Nº de Pacientes
Óbito	28
Alta	49
N/C	9

Fonte: Elaborado pela autora.

2.3 A ASSISTÊNCIA A CRIANÇAS E O JOVENS 'ANORMAIS' NO BRASIL

Tratando especificamente do Brasil, em seu livro *Os infames da história* (2008), Lilia Ferreira Lobo discute como se deram algumas das práticas de assistência aos chamados *menores anormais*. Segundo a autora, ao longo de todo século XIX pouco se produziu de práticas e instituições que disseminassem a assistência à criança pobre. Sobre isso:

Ao menos até o final do século XIX, pauperismo, infância e invalidez para o trabalho não eram ainda considerados questões de Estado ou objeto das práticas médico-filantrópicas, assim como a prevenção e, principalmente, a recuperação não se generalizavam às camadas mais pobres. (LOBO, 2008, p. 334)

Até o início de século XX, quando da criação do Pavilhão-Escola Bourneville para Crianças Anormais no antigo Hospital Nacional de Alienados no Rio de Janeiro, as instituições que existiam voltadas para as “separações dos indivíduos considerados defeituosos em espaços físicos diferentes” eram o Hospício de Pedro II, o Imperial Instituto dos Meninos Cegos e o Instituto dos Surdos-Mudos (LOBO, 2008, p. 393).

Criado em 1903, o Pavilhão-Escola Bouneville representou a primeira iniciativa de separação de crianças e adultos dentro de uma instituição psiquiátrica no Brasil. Como o próprio nome indica, o pavilhão-escola buscou aliar o atendimento médico psiquiátrico à uma perspectiva de educação especial. Renata da Silva (2008) coloca que a criação da instituição foi a resposta a protestos, reclamações e denúncias, desde fins do século XIX, relacionadas a situação em que se encontravam as crianças internadas no HNA.

Através de um decreto de 1903 é criado o cargo de pediatra no HNA, quando Fernandes Figueira é contratado para dirigir o pavilhão-escola. Ainda de acordo com Silva (2008, p. 35), a contratação de um pediatra se mostra significativa, pois:

[...] revela a autoridade da especialidade médica voltada para a infância fundamentada na percepção da criança como um ser distinto dos adultos, com necessidades próprias da idade e por isso merecedoras de um tratamento/educação, mesmo aquelas consideradas *creanças anormaes*.

Também representante da institucionalização da assistência médica voltada à infância no Brasil, de início do século XX, é o Instituto de Assistência e Proteção à Infância, criado em 1901 no Rio de Janeiro por Moncorvo Filho. Graduado em 1897 na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, criou também o Departamento da Criança do Brasil em 1919, que a partir de 1922 passou a realizar os *Congressos brasileiros de proteção à infância*. Em 1933, veio a ser Presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria. Publicou também obras de referência para a história da pediatria no Brasil: *Hygiene Infantil* (1917), *Formulário de Doenças das Creanças*

(1923) e *Histórico da Protecção à Infância no Brasil* (1926).³⁰

Moncorvo Filho é colocado por Lobo (2008, p. 335) como “a figura mais representativa do esforço de estender a norma médica à infância pobre e desvalida”. Nas primeiras décadas do século XX Moncorvo e sua equipe produziram vasta obra, com artigos, folhetos, conferências, voltamos principalmente a mulheres com o intuito de alertar para uma série de medidas que poderiam diminuir a mortalidade infantil.

O Instituto de Protecção e Assistência à Infância que tinha como principais objetivos prevenir o nascimento de crianças consideradas doentias e defeituosas, a partir da assistência à mulheres grávidas e atendimento às crianças e mães que necessitassem. Entre os objetivos colocados por Lobo (p. 335) é possível destacar o seguinte: “concorrer para que sejam criadas, nos hospícios e casas de saúde, escolas para imbecis, idiotas e etc.”. No próprio instituto, criado por Moncorvo, era oferecido tratamento e educação especial aos assim chamados “idiotas”, “oligofrênicos” e “imbecis”.³¹

O advento da especialidade de pediatria no Brasil se dá no final do século XIX. Conforme colocado por Júnia Sales Pereira (2006), entre os fatores determinantes estão um movimento de problematização do médico generalista e a necessidade de resolução médica para a alta mortalidade infantil. Até esse período os cuidados médicos com as crianças estavam voltados especialmente para os recém-nascidos, com orientações

³⁰

Disponível

em:

<http://www.sbp.com.br/show_item.cfm?id_categoria=74&id_detalhe=1274&tipo=D>. Acesso em: 05 jun. 2015.

³¹ Tais termos foram amplamente utilizados como diagnósticos psiquiátricos. Serão abordados no capítulo seguinte desta dissertação.

nos momentos durante e logo após o parto. Sobre as características dessa especialidade a autora diz o seguinte:

[...] o pressuposto fundamental da pediatria, diferentemente de outras especialidades de época como a oftalmologia, a ginecologia e a ortopedia, seria o atendimento particularizado a um grupo populacional e etário. O argumento utilizado, nesse caso, é que, diferentemente de outros ramos e especialidades médicas, a pediatria não se constituiu como campo voltado ao estudo de doenças específicas ou de órgãos ou partes do corpo humano, mas a partir das peculiaridades de uma faixa etária, o que não implica, nesse caso, uma redução do campo, mas uma alteração de enfoque visando diferenciação do atendimento a um público até então concebido de maneira difusa no interior das práticas clínicas e cirúrgicas. (PEREIRA, 2006, p. 59)

Dessa forma, o pediatra seguia sendo um médico que cuidava das doenças gerais, mas voltado para apenas uma parcela da população, que apresentava suas especificidades. Relacionadas às crianças estavam as noções de crescimento e desenvolvimento. Caberia a pediatria combater as doenças que poderiam impedir o percurso da criança ao adulto saudável conforme o desejado. Assim como na psiquiatria, estão em jogo padrões de normalidade, conforme estabelecido pela sociedade para a criança saudável, capaz de “vingar”, tornando-se apto à civilidade.

Os pediatras viriam a se organizar em uma entidade em 1910 com a criação da Sociedade Brasileira

de Pediatria, no Rio de Janeiro. Apesar disso Júlia Sales Pereira (2006, p. 62) coloca que até a década de 1950 ela manteve-se praticamente como uma sociedade local, carioca. Em Santa Catarina a Sociedade de Pediatria foi criada apenas em 1965, enquanto outros em outros estados elas já estavam sendo criadas no início do século.³²

A autora coloca que o período até meados do século XX foi importante para a consolidação de uma estrutura institucional para os profissionais pediatras. Foram décadas de grandes realizações na área, com o surgimento de instituições, publicações sobre o tema e eventos. A revista *A Pediatria*, posterior *Jornal da Pediatria*, tem seu primeiro número lançado em 1934 e em 1947 ocorre a Primeira Jornada Brasil de Pediatria. (PEREIRA, 2006, p. 63).

Percebe-se com isso que a psiquiatria não atuava sozinha no objetivo de assistir, tratar e/ou corrigir as crianças e jovens consideradas anormais. No âmbito da pediatria, mesmo que ainda se estabelecendo enquanto especialidade nascente, também estavam sendo realizadas discussões e práticas que visavam solucionar o problema das crianças doentes e/ou “anormais”.

Stanislau Krynski (1969) coloca que somente no período que sucedeu a Segunda Guerra Mundial que houve uma ampliação nos estudos e na assistência aos considerados crianças *anormais*. O autor cita algumas instituições criadas em determinados países neste período, como a Associação Nacional para Crianças Retardadas (NARC), em 1951 e o Conselho de

³² Júlia Sales Pereira (2006, p. 62) menciona os estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Bahia e Rio Grande do Norte com sociedade Regionais nesse período. Sobre o ano de fundação da Sociedade Catarinense de Pediatria: <<http://www.scp.org.br/nossa-historia/>>. Acesso em: 26 jun. 2015.

Deficiência Mental, em 1961, nos EUA; na Grã-Bretanha, em 1955, o Ministério da Educação levantou as necessidades educacionais dos tidos como “mentalmente retardados”. Em 1962 foi criada a Liga Internacional de Sociedades de Amparo aos Deficientes Mentais, e em 1964 a organização da Associação Internacional para o Estudo Científico da Deficiência Mental. Em 1965, a Comissão de Investigação sobre a Deficiência Mental, na Irlanda, deu as diretrizes nas quais os países deveriam se basear para o tratamento dos cidadãos deficientes mentais.

Em 1963, é criada no Brasil a Federação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), seguida, em 1966, pela Associação Brasileira para o Estudo Científico da Deficiência Mental. Não se pretende neste trabalho determinar qual teria sido o lugar ideal para o tratamento das crianças e jovens enviadas para o HCS na década de 1940, mas compreender como discurso e prática se relacionam muitas vezes de forma incoerente. O hospital pareceu atuar mais como uma instituição de caridade, ou depósito de gente, não atendendo aos pressupostos que marcaram sua criação como espaço destinado ao que havia de mais moderno na psiquiatria da época.³³ Já no início do século, como viu-se pela atuação do Pavilhão-Escola Bourneville, acreditava-se que o tratamento para os que supostamente sofriam de retardos mentais só poderia ser realizado em instituições especiais de educação. Como sabemos, o HCS não era voltado a essa função, logo, desprovia de funcionários e recursos para funcionar como instituição educacional. O mesmo vale em relação a legislação, conforme colocado a respeito do Decreto nº 24.559, que não era respeitada,

³³ Viviane Trindade Borges (2013) aborda essa questão, como colocado mais adiante no trabalho.

permanecendo os *menores anormais* dividindo o mesmo espaço com os adultos.

Muitos dos sujeitos desta pesquisa viveram décadas no hospital, outros não chegaram a obter alta definitiva, falecendo, alguns anos depois, na instituição. Esse dado demonstra que para muitos a instituição representou uma ida sem volta, sem tratamento que fosse para época considerado adequado, servindo de local de abrigo e exclusão. Mais um capítulo dos sofrimentos e esquecimentos que permeiam a história da assistência psiquiátrica.

3 INDÍCIOS DAS PRÁTICAS INSTITUCIONAIS: CARACTERIZAÇÃO DOS INTERNOS, DIAGNÓSTICOS E TRATAMENTOS INDICADOS

Para além do que é prescrito pela literatura médica e pela legislação, o dia-a-dia institucional em um hospital psiquiátrico se desenrola envolvido por práticas de funcionários, pacientes e familiares, que não necessariamente estão em contato e a par das atualizações de teorias de carácter científico ou do que estabelecem as leis. Além disso, podem entrar as subjetividades, que ajudam a determinar as trajetórias dos ditos loucos, desde sua identificação no meio social, em comparação ao tidos como normais, até a ida para a instituição, com os diagnósticos e tratamentos que passam a receber.

As teorias formuladas por médicos psiquiatras do início do século XX, que, considerando o presente estudo, envolviam as definições de padrões de normalidade, circularam, principalmente entre o próprio campo da saúde, e foram fundamentais para legitimar a construção de hospitais psiquiátricos e as internações daqueles considerados anormais. Porém, o cotidiano hospitalar, além do que determina a medicina especializada e legislação, é feito em grande medida pelas decisões de funcionários, que se transformam em práticas dentro da instituição, como por exemplo a indicação do tratamento para as crianças e jovens naquele momento, pode ser determinada por questões muitas vezes subjetivas e interpretações particulares.

Cabe ressaltar que dentro do próprio conhecimento psiquiátrico não é possível pensar em uma homogeneidade. Teorias são formuladas e poderão, obviamente, ser aceitas e seguidas ou não pelos profissionais, e também, novas formulações não

substituem automaticamente velhos preceitos. Em relação a todas essas questões Jurandir Freire Costa (2006, p. 11) alerta:

O conhecimento científico ou, melhor dito, o corpo racional de conhecimentos que dá suporte ao pensamento psiquiátrico, é apenas um dos elementos, na teia institucional, responsável pelas percepções históricas e contingentes da loucura e da saúde/doença mental. [...] Não há, portanto, como subordinar a totalidade das práticas envolvidas no campo psiquiátrico a um único critério normativo de cientificidade, a uma única teoria e, ainda menos, a duas ou três noções tiradas da algibeira.

Dessa forma, buscando mais elementos daquilo que o autor chama de “teia institucional” voltamo-nos aos prontuários dos pacientes. As incoerências na articulação entre cotidiano institucional, a legislação e as teorias médicas do período ficam evidentes quando analisamos a fundo os prontuários. Esse documento é essencial para alcançar um pouco das práticas cotidianas de uma instituição. Em alguns dos casos pesquisados sobram folhas em branco, com quase nada sobre o paciente, como o diagnóstico, os tratamentos, data de saída, entre outros. Desses, fica a impossibilidade de entender o que os levou a internação, ou o que ocorreu após sua entrada no hospital. Porém, em outros encontra-se registros que ajudam a desvelar quem foram as crianças e jovens considerados anormais, ao menos ao olhar do responsável por examinar o paciente, e o que deles foi feito após sua entrada na instituição.

De 86 prontuários de pacientes em 18 não há registro de diagnóstico. Essas lacunas no preenchimento dos documentos podem indicar o despreparo dos funcionários para o exame dos pacientes, que provavelmente não tiveram como tratamento o que seria indicado pela psiquiatria do período, o que contradiz o discurso de criação da instituição. O vazio de informações pode sugerir ainda o descaso com que os pacientes eram tratados, o que colabora para pensarmos no hospital como um depósito para os enjeitados socialmente.

O prontuário pode auxiliar na identificação dos preceitos que regiam o atendimento prestado pelo HCS aos seus pacientes, em especial aqui as crianças e jovens. Esses preceitos algumas vezes se aproximam e em outros casos se chocam com o que era produzido no meio científico, levando-se em conta o que foi levantado no capítulo anterior, e do que era determinado pela legislação brasileira. Através da problematização dos prontuários, o presente capítulo tem a intenção de compreender como na prática institucional do HCS ocorriam os exames médicos, diagnósticos e tratamentos dos indivíduos analisados neste trabalho.

Para uma análise mais minuciosa das descrições que compõe os prontuários foram selecionados casos em que as crianças e jovens foram diagnosticados com *debilidade mental*, *idiotia*, *imbecilidade*, *oligofrenia*. Isso se justifica pela maior predominância desses diagnósticos entre os pacientes pesquisados, conforme será visto a seguir e por eles estarem relacionados a anormalidades no padrão de desenvolvimento da inteligência.

O capítulo está dividido em três partes. Na primeira parte são levantados os diagnósticos encontrados nos prontuários para as crianças e jovens e

de que forma eles estavam descritos pela literatura médico-psiquiátrica do período; depois são levantadas as descrições encontradas nas fontes em relação aos internos, procurando levar em conta os preceitos e ideias que regiam essas análises, que podem ter relação ou não com postulados médicos psiquiátricos e a legislação do período. Reverberações ligadas ao eugenismo; a psiquiatria organicista, com as práticas da antropometria e da frenologia; a delimitação de um padrão de desenvolvimento de inteligência e a teoria da degenerescência podem ser vislumbradas e aparecem na tessitura que procura instituir o mal sofrido pelos internados; na terceira parte, a discussão concentra-se nos dois principais tratamentos empregados para as crianças e jovens do HCS: o antilúético, indicado no combate a sífilis, e a praxiterapia, terapêutica através do trabalho. Assim, procura-se compreender como os pacientes foram avaliados quando entraram na instituição e a partir disso o que foi disponibilizado a eles como tratamento para o mal que supostamente os afligia.

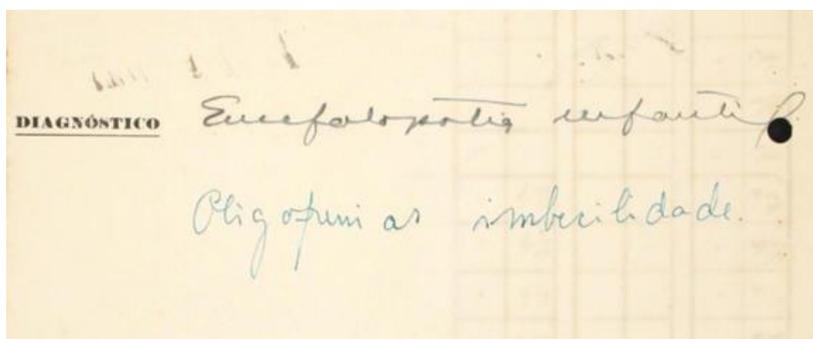
3.1 OS DIAGNÓSTICOS NOS PRONTUÁRIOS E SUAS DEFINIÇÕES PELO DISCURSO DA PSIQUIATRIA

Os prontuários são documentos únicos, preenchidos por funcionários, onde constam informação sobre a trajetória dos internos dentro das instituições. Neles, quando devidamente preenchidos, encontramos dados acerca do perfil do paciente; exames realizados; diagnósticos; tratamentos, enfim, a trajetória dos sujeitos dentro da instituição. Neste momento do trabalho procuramos levantar, a partir dos prontuários, os diagnósticos apresentados para as crianças e jovens

dentro do HCS no período estudado. Dificilmente poderíamos precisar a distribuição deles entre os mesmos, chegando assim a quantidade exata de crianças e jovens com cada um dos diagnósticos. Para muitos deles mais de um diagnóstico foi registrado ao longo de suas permanências na instituição e em muitos outros os diagnósticos foram alterados com o passar dos anos.

Nas figuras abaixo temos dois recortes de prontuários onde constam os diagnósticos dado pelo funcionário responsável ao examinar os internados. O primeiro é o prontuário de Jorge que tinha 17 anos no momento da internação, em 1942. O jovem permaneceu no hospital até sua morte, 1949. Temos no prontuário três diagnósticos diferentes: *encefalopatia infantil*, *oligofrenia* e *imbecilidade*. Casos como esse dificultam a contagem exata da distribuição dos diagnósticos entre os pacientes estudados.

Figura 1 - Prontuário número 73

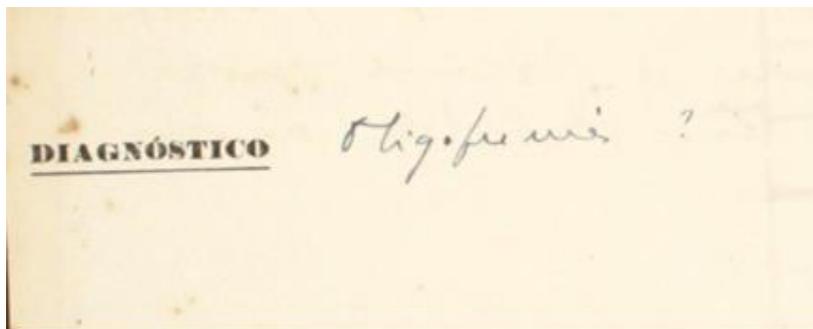


Fonte: CEDOPE – IPq/SC.

O segundo é o prontuário de Luiz internado em 1945 aos 15 anos de idade e com data de óbito registrada em 1949. Nele temos o diagnóstico de

oligofrenia com um ponto de interrogação ao lado. Apesar de o paciente ter permanecido no hospital por quatro anos nada mais foi anotado em relação a doença que supostamente o acometia. Casos como esse demonstram que a incerteza esteve presente no trabalho realizado pelos funcionários do HCS ao examinar os pacientes. Ainda assim esses pacientes foram internados e receberam tratamento para aquilo que não se sabia ao certo o que era.

Figura 2 - Prontuário número 219



Fonte: CEDOPE – IPq/SC.

Apesar da impossibilidade de se precisar percentualmente a distribuição de diagnósticos entre as crianças e jovens, visto que, conforme colocado, boa parte deles recebeu mais de um ao longo do período de internação (Apêndice A), é possível contabilizar a quantidade de vezes que cada um dos diagnósticos aparece empregado aos internados, por mais que tenham sido alterados depois. Dessa forma temos a seguinte contagem, para 86 crianças e jovens:

Tabela 10 – Diagnósticos das crianças e jovens por ordem alfabética

Alcoolismo 1	Paralisia geral 1
Debilidade mental 3	Personalidade psicótica 1
Encefalopatia infantil 9	Psico-neurose 1
Epilepsia 15	Psicose autotóxica 1
Esquizofrenia 12	Psicose epiléptica 2
Idiotia 8	Psicose maníaco depressiva 7
Imbecilidade 6	Psicose mixta e associada 2
Neura-sífilis 1	
Neurose histérica 1	Nada consta 13
Oligofrenia 23	Não é doente mental 1

Fonte: elaborado pela autora.

Como é possível constatar numericamente, destacam-se entre os diagnósticos por uma maior incidência: encefalopatia infantil; epilepsia; idiotia; esquizofrenia; oligofrenia; psicose maníaco depressiva e imbecilidade. Além desses, chama atenção o grande número de pacientes que não obtiveram nenhum tipo de diagnóstico, ou seja, nenhuma identificação enquanto *anormais* ou *doentes*, que justificasse sua permanência na instituição.

Partindo em busca do que estava sendo discutido pela literatura médico-psiquiatra do período para tais diagnósticos, com o intuito de compreender como estes eram caracterizados, viu-se que entre os diagnósticos de debilidade mental, idiotia, imbecilidade e oligofrenia há uma estreita relação. Em alguns momentos podem aparecer como sinônimos ou como níveis diferentes dentro de um mesmo tipo de anormalidade. No próprio relatório de 1942 há a

indicação das *oligofrenias* como um grupo de diagnósticos, sem que debilidade mental, idiotia e imbecilidade sejam mencionados como grupos à parte.³⁴

Pesquisando o acervo de livros do antigo HCS, hoje alocados no CEDOPE, um livro encontrado com data de publicação mais próxima ao recorte estudado foi *L'enfant et son médecin*, de autoria de Dr. Albert B. Ball, datado de 1914. Na biblioteca remanescente do HCS não foram encontrados livros de autores brasileiros que tratassem do tema. No *L'enfant et son médecin* encontramos algumas definições para idiotia, imbecilidade e debilidade mental. Elas nos indicam a relação entre esses diagnósticos:

Idiotia, Imbecilidade e Debilidade Mental: Parada mais ou menos absoluta no desenvolvimento da inteligência. **Idiotia congênita:** devido à degeneração hereditária por alcoolismo parental, cruzamento de neuróticos, alienados. **Idiotia adquirida:** por alteração das meninges e do cérebro, consequência de problemas nutricionais de origem digestiva ou doenças infecciosas, hereditárias ou adquiridas, tais como febre tifóide, febres eruptivas, sífilis. **Imbecilidade:** fraqueza mental congênita, porém superior ao idiota, as faculdades de relacionamento são mais desenvolvidas, o imbecil pode ser auto-suficiente se for guiado. **Debilidade mental:** casos ainda menos acentuados.” (BALL, 1914, p. 215, tradução nossa)

³⁴ O documento traz os seguintes grupos: I-Psicoses infecciosas; II-Psicoses auto tóxicas; III-Psicoses hétero-tóxicas; IV-Esquizofrenia; VIII-Psicose da decadência; IX-Psicoses por afecções cerebrais; X-Neuro sífilis; XI-Paralisia geral; XII-Epilepsia; XIII-Psico-neuroses; XIV-Personalidades psicopatas; XV-Oligofrenias e XVI-Ainda não diagnosticadas.

O livro traz importantes informações para compreender os significados desses diagnósticos no início do século XX. Pode-se perceber através dele que idiotia, imbecilidade e debilidade mental eram diagnósticos relacionados. Apesar disso, foi preciso selecionar uma literatura médica nacional e com data de publicação mais próxima ao recorte adotado no trabalho, de forma que estejamos mais próximos das ideias que circulavam no Brasil sobre o tema na década de 1940.

No livro *Criminologia* (1936), de autoria de Afrânio Peixoto³⁵, são descritas as possíveis *constituições psicopáticas*, as quais são divididas em 11 grupos, sendo um deles os *Imbecis, idiotias, débeis mentais*. Assim como para o médico francês, Dr. Ball, elas estão no mesmo grupo. Afrânio Peixoto (1936, p. 179) os caracteriza:

Com efeito, idiotia, imbecilidade, debilidade mental, são graus, mais ou menos

³⁵ Formado em medicina em Salvador em 1897, em 1902 Afrânio Peixoto foi nomeado inspetor de Saúde Pública no Rio de Janeiro, bem como Diretor do Hospital Nacional de Alienados em 1904. Em 1907 foi nomeado professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Vale colocar ainda que de 1924 a 1930 exerceu o cargo de deputado federal pela Bahia. A importância de se ressaltar a formação e atuação de Afrânio Peixoto enquanto médico, professor e político brasileiro se faz pelo fato de elas nos indicarem o alcance de seu círculo de relações e papel na constituição da psiquiatria da primeira metade do século XX. Vale colocar que o livro, como o título indica, está voltado para discutir a questão da criminalidade. Sendo assim, não era intenção do autor tratar exaustivamente dos diagnósticos trabalhados, muito menos no que se refere a esses diagnósticos em crianças e jovens.

acentuados de agenesias ou disgenesias cerebrais, estados somáticos definitivos, cujos sinais se pesquisam e se reúnem para um diagnóstico.

Recorrendo ao dicionário (BUENO, 1996) encontramos *agenesia* e *disgenesia* definidas como a ausência de um órgão e sua disfunção, respectivamente. Ou seja, de acordo com Afrânio Peixoto estariam a idiotia, imbecilidade e debilidade mental relacionados a falta ou mal desenvolvimento das funções cerebrais. Importante constatar ainda que esses eram diagnósticos considerados definitivos, sem a possibilidade de cura. No trecho a seguir, continuação do anterior, a descrição se torna mais abrangente, englobando desde características físicas diversas a comportamentos variados, o que acaba por indicar a subjetividade na avaliação dos médicos a respeito dos pacientes. Diz o médico:

São vícios de conformação, desproporção, deformidade, pequenez da cabeça, anomalias dos órgãos. São a surdo-mudez, os vícios de elocução, os ticos, as paralisias, que por vezes lhe ocorrem. É essencialmente a impossibilidade de atenção, fraca e dispersa; memória fraca ou nula; é a irritabilidade, a malignidade, a violência, a vaidade, a puerilidade, a imprevidência, a obstinação, não raro o crime. (PEIXOTO, 1936, p 179)

Apesar da caracterização pelo autor dos *imbecis*, *idiotas* e *débeis mentais* ser extremamente ampla, é possível identificar, a relação desses diagnósticos com padrões de desenvolvimento, sejam de conformação física e/ou de inteligência. Além disso, não consta no livro, entre as *constituições psicopáticas*, menção a

oligofrenia. Entretanto, Francisco B. Assumpção Junior (1995) esclarece que o diagnóstico de oligofrenia era utilizado, na primeira metade do século XX, para englobar os diagnósticos de imbecilidade, idiotia e debilidade mental.

Dessa forma, contabilizando idiotia, oligofrenia, debilidade mental e imbecilidade dentro de um mesmo conjunto, já que se referem todos a padrões de desenvolvimento, temos um grupo de diagnósticos que se sobressaem para as crianças e jovens aqui estudados. Tal análise revelou a existência dessa prevalência entre as anormalidades identificadas como características das crianças e jovens internadas nesse período no HCS. Trazendo os números de diagnósticos de uma outra forma, já que na tabela acima (Tabela 10) eles estão contabilizados pela quantidade de vezes em que apareceram como diagnósticos para as crianças e jovens, tem-se que dos 86 pesquisados 29 tiveram como diagnóstico o grupo das oligofrenias.

3.2 AS DESCRIÇÕES SOBRE AS CRIANÇAS E JOVENS NOS PRONTUÁRIOS

Contendo as informações sobre os pacientes internados, os prontuários são documentos que foram preenchidos pelos funcionários da instituição, encarregados de examinar aqueles que chegavam a procura de atendimento. Esses documentos não trazem informações sobre os nomes ou formação daqueles que os preencheram, se seriam as irmãs que atuavam na instituição, médicos ou enfermeiros práticos.³⁶ Ainda

³⁶ O termo *práticos* se refere aos funcionários que não possuíam formação em enfermagem, mas pela prática acabaram por ser identificados como tal.

assim, os registros deixados nos documentos possibilitam compreender alguns dos preceitos que regiram as práticas de classificação dos internos e estabelecer relações com o postulado pela literatura médica.

Os prontuários são verdadeiros dossiês sobre a vida institucional dos sujeitos internados, trazendo informações importantes para a compreensão dos desdobramentos do período de internação. Na estrutura dos prontuários, seguindo o modelo padrão adotado pelo HCS, após a contracapa, onde constam dados gerais dos pacientes, estão as páginas com as descrições das condições físicas e psíquicas dos mesmos, intituladas como *Exame no ato de entrada*. Compõem esse exame os itens intitulados: *Físico*, *Mental* e *Anamnese*. Os dois primeiros são formados pelas avaliações sobre o paciente do funcionário que o examina, já a *anamnese* se refere as informações sobre o histórico de saúde do paciente que são obtidas pelo médico através da entrevista.³⁷

Logo após o *Exame no ato de entrada* segue na ordem do prontuário o *Exame somático*. Para este item a própria impressão do documento solicita as informações consideradas relevantes e que deveriam ser consideradas: “Dados antropométricos. Hábito externo. Vícios de conformação – congênitos e adquiridos. Aparelho respiratório. Aparelho circulatório. Aparelho digestivo. Órgão gênito-urinário. Glândulas de secreção interna.” Como vemos, são levadas em conta aqui as características de ordem física. Podemos perceber assim, uma forte ligação com a psiquiatria organicista. De acordo com Jurandir Costa (2006) a vinculação de

³⁷ Disponível em: <<http://academiamedica.com.br/segundo-o-cfm-como-deve-ser-feita-uma-anamnese-adequada/>>. Acesso em: 11 set. 2015.

características psíquicas a organicidade dava validade científica à psiquiatria.

No início do século XX o organicismo vivia seu apogeu teórico e dificilmente o médico psiquiatra escaparia dessa influência. Analisando a criação e atuação da Liga Brasileira de Higiene Mental³⁸ no Brasil, Jurandir Costa (2006) destaca que a constituição dos fundamentos da Liga, esteve muito ligada a psiquiatria organicista alemã, que também começava a propagar sua nova concepção da noção de eugenia³⁹ nas primeiras décadas do século XX.

Os ideais eugênicos encontraram um terreno fértil no Brasil do início do século passado. Como já colocado, o fim da escravidão; início do trabalho assalariado; a vinda de imigrantes estrangeiros; os êxodos de populações rurais para as cidades em busca de trabalho, entre outros fatores, fizeram com que locais como Rio de Janeiro e São Paulo sofressem um inchaço populacional. Os efeitos dessas mudanças, como os problemas com saneamento; a propagação de epidemias; a “vadiagem” nos grandes centros, foram vistos pelos intelectuais brasileiros como causados pela presença de “raças” consideradas inferiores, como indígenas e afrodescendentes.

Dessa forma, associando problemas sociais a características físicas dos indivíduos, a medicina pôde

³⁸ Foi fundada no Rio de Janeiro em 1923. Seu objetivo era melhorar a assistência aos doentes mentais renovando o quadro de profissionais e os estabelecimentos existentes no Brasil. Os psiquiatras que faziam parte da Liga constituíam a elite psiquiátrica do Rio de Janeiro e Brasil. (COSTA, 2006, p. 40).

³⁹ Jurandir Freira Costa (2006, p. 43) coloca que o termo eugenia foi inventado por um fisiologista inglês e designa “o estudo dos fatores socialmente controláveis que podem elevar ou rebaixar as qualidades raciais das gerações futuras, tanto física quanto mentalmente.”

agir sobre os corpos daqueles considerados inferiores a fim de criar a ordem social que se desejava. Nas palavras de Jurandir Costa (2006, p. 36) a respeito dos psiquiatras das primeiras décadas do século XX: “Para eles, os fenômenos, psíquicos e culturais explicavam-se, unicamente, pela hipótese de uma causalidade biológica que, por sua vez, justificava a intervenção médica em todos os níveis da sociedade.”.

É possível vislumbrar a reverberação dessa perspectiva organicista e eugênica do período nos prontuários do HCS. As páginas do *Exame somático*, presente nos prontuários, contêm aspectos do que poderiam indicar problemas de constituição ou degeneração nos pacientes. No prontuário de Abel, internado em 1942 com 17 anos, encontra-se a seguinte descrição: “Somaticamente o paciente se apresenta com os seguintes sinais de degeneração: faces atabalhoadas, corpo curvado para a frente, marcha de pequenos passos, irregular [...]”⁴⁰.

A teoria da degenerescência foi apresentada por Bénédict-Augustin Morel(1809-1873) no livro *Tratado das degenerescências*, de 1857, e aplicada à psiquiatria em seu livro *Tratado das doenças mentais*, em 1860. No uso feito por Morel, de acordo com Octavio Domont de Serpa Jr (2010, p. 449), a degenerescência correspondia à “ideia de existência de um tipo primitivo perfeito que sofreria um processo de decadência gradual e progressiva, tal ideia podendo ter uma referência teológica mais ou menos evidente.” Neste processo de decadência da espécie estão presentes elementos como a hereditariedade. Acreditava-se que os desvios doentios seriam transmitidos aos descendentes e perpetuados se medidas para a prevenção não fossem tomadas.

⁴⁰ Prontuário número 73 (CEDOPE/lpq/SC).

Ainda de acordo com Serpa Jr. (2010, p. 451) a degenerescência era identificada por alguns traços físicos e morais, como “tamanho da cabeça, altura, cor dos cabelos e da pele, temperamento, fertilidade, capacidade intelectual, inclinações morais e controle dos instintos”. Assim, levando em conta alguns desses aspectos, degenerescência e perturbações mentais estiveram diretamente relacionadas na teoria de Morel, assim como posteriormente com seus desdobramentos.

Cynthia Machado Campos (2008) coloca que a implementação de políticas educativo-assistencialistas durante o Governo Vargas visava alcançar a “regeneração” para a “degenerescência” na qual estavam mergulhadas boa parte da população. A ideia de regeneração estava associada as parcelas negras, pobres, doentes ou com comportamentos considerados desviantes da população.

Em outro prontuário, de Noé, internado em 1945, também com a idade de 17 anos, o *Exame somático* foi preenchido da seguinte forma:

Vem ao exame em precárias condições de nutrição e muito anemiado. Com a idade de dois anos começou a sofrer de ataques convulsivos. Mas a marcha e a linguagem apareceram em épocas normais. Uma irmã do paciente sofre de vertigens, dor de cabeça, e frequentemente fica parada.

Nessa citação duas noções ligadas a preceitos psiquiátricos do período aparecem: a ideia de desenvolvimento ideal e de hereditariedade. Como abordado no capítulo anterior as crianças e jovens poderiam ser identificados como anormais dependendo de seguirem e atingiram ou não um padrão de desenvolvimento da inteligência. O desenvolvimento da

inteligência aparece diretamente relacionado ao desenvolvimento físico, como marca do organicismo. Assim, a idade em que o jovem iniciou a “marcha”, ou seja o andar, e a linguagem são levados em conta no exame.

A procura de uma possível relação das características físicas e psíquicas dos pacientes com seus pais e outros membros da família aparece de forma constante nos prontuários. Vemos assim que os ideais eugênicos, que associavam os problemas sociais a crença na existência diferentes raças, com algumas consideradas inferiores, consideravam que características psíquicas, de comportamento e mesmo morais, poderiam ser passados dos pais para os filhos. Dessa forma, mesmo as dores de cabeça da irmã de Noé foram parar no seu prontuário, podendo de alguma forma significar um problema presente na família.

O Relatório de 1942, já citado no capítulo anterior, apresenta de forma clara que a questão da hereditariedade era tomada pelos dirigentes do hospital como central na perpetuação das doenças mentais entre a população, visto que acreditava-se que estas seriam transmissíveis de pais para filhos, ou até mesmo entre diferentes gerações. Em um dos trechos lê-se o seguinte:

Só se evite que o novo ser seja um doente mental, impedindo a procreação de seres doentes e que tenham doentes na arvore genealógica. Pergunta-se: Ha fatos científicos que provem serem as doenças mentais transmissíveis hereditariamente? Sim. Póde haver duvida de que possa se determinar em que geração vai aparecer o doente compléto; perigo da hereditariedade recessiva. Quem vive como nós dentro de hospital é que vê

quanto é difícil encontrar caso de doença mental sem se encontrar pelo menos um suicídio na árvore genealógica da família.

Ainda em relação ao *Exame somático* chama atenção o item *Dado antropométrico*, que são técnicas utilizadas para medir as partes do corpo. Há ainda nos prontuários uma página intitulada *Esquema da constituição* (Anexo B), onde podem ser encontradas medições do crânio, face, tronco e membros. Segundo Lilia Maritz Schwarcz (1993) a frenologia⁴¹ e antropometria, teorias que surgem em meados do século XIX, interpretavam os comportamentos humanos como resultado de leis biológicas e naturais.

O uso dessas duas teorias para pesquisas em saúde mental foi vasto, inclusive no campo da antropologia criminal, com Cesare Lombroso⁴², que defendia a relação entre o caráter físico e hereditário e a criminalidade. (SCHWARCZ, 1993, p.49). A presença de tais teorias nos meios científicos e acadêmicos no Brasil nos séculos XIX e XX é confirmada pelos estudos de Magali Engel (2001) sobre as ideias e vivências da loucura no Rio de Janeiro de 1830 a 1930. Segundo a autora essas avaliações e medidas era um aspecto valorizado e deveriam presidir a realização de exames mentais.

Em relação ao *Exame psíquico* dos internados dois trechos foram selecionados. Um deles é referente ao prontuário de Ana, de 16 anos, que foi internada em 1942. A jovem foi descrita psiquicamente da seguinte

⁴¹ Teoria que defende a determinação de características da personalidade a partir do formato do crânio.

⁴² Criminologista italiano, nascido em 1835, mundialmente reconhecido por seus estudos e teorias que relacionavam características físicas e desvios mentais.

forma: “Idade mental baixa, qualquer pergunta que exija um raciocínio compatível com uma idade mental de 3 ou 4 anos a doente não responde. Raciocínio pueril. Pensamento de criança.”⁴³ No segundo, de Abel, já citado acima trecho de seu *Exame somático*, aquele que preenche adverte ser “impossível” o *Exame psíquico*:

Psiquicamente o exame é totalmente impossível. A linguagem está articulada a alguns sons mal articulados. Demonstra uma euforia estúpida. Não pode por si cumprir as necessidades fisiológicas. Suas necessidades: alimentá-lo, vesti-lo, e conduzi-lo a privada.⁴⁴

Vemos nos dois trechos a compatibilidade com os discursos que, tomando como referência um padrão de desenvolvimento da inteligência, determinava quem eram os *débeis*, *idiotas*, *imbecis* e *oligofrênicos* e os enquadravam como *anormais*. De acordo com Foucault (2006, p. 260), a noção de desenvolvimento foi o critério que passou a distinguir a loucura da idiotia:

Não é portanto em relação à verdade ou ao erro, não é tampouco em relação à capacidade ou à incapacidade de dominar-se, não é em relação à intensidade do delírio que a idiotia vai ser definida, mas em relação ao desenvolvimento.

Em ambos os casos os jovens foram diagnosticados como oligofrênicos. No segundo trecho instituiu-se uma total dependência do jovem em relação a funções básicas do dia a dia, que sem dúvida acabaram por impedi-lo de se enquadrar no que era socialmente

⁴³ Prontuário número 71 (CEDOPE/lpq/SC).

⁴⁴ Prontuário número 73 (CEDOPE/lpq/SC).

desejado no momento para o país que se queria construir: alguém que se adequasse a escola e trabalho, capaz de constituir família e prover o sustento da mesma. Como tantos outros considerados desviantes, esses jovens acabaram por serem rejeitados no meio social.

3.3 TRATAMENTOS EMPREGADOS: O ANTILUÉTICO E A PRAXITERAPIA

Conforme consta na tabela geral (Apêndice A), as terapêuticas que aparecem nos prontuários como adotadas para o tratamento das crianças e jovens no HCS na década de 1940 são: antiluético; cardiazol; eletrochoque; insulino terapia e praxiterapia. Assim como em relação aos diagnósticos, mais de um tratamento foi utilizado para alguns dos pacientes. Vale destacar que dos 86 casos analisados em 30 deles não há registro de qualquer tipo de tratamento, o que reafirma o descompasso entre o discurso que colocou o hospital como modelo em assistência psiquiátrica e as práticas ocorridas na instituição.

Em relação aqueles que tiveram como diagnóstico debilidade mental, idiotia, imbecilidade ou oligofrenia, constam nos prontuários os registros de antiluético e praxiterapia. Não foi encontrado nos documentos consultados menção à relação que supostamente haveria entre esses diagnósticos e tais tratamentos. Como discutido no capítulo anterior, as iniciativas de instituições voltadas ao atendimento das crianças e jovens consideradas anormais no Brasil, desde dos primeiros anos do século XX, indicam a educação especial como único tratamento satisfatório para os diagnosticados dentro do grupo das chamadas

oligofrenias. Passamos agora a discussões mais detalhadas acerca desses dois tratamentos.

3.3.1 O tratamento antilúético: em busca da erradicação da sífilis

Conforme os registros encontrados nos prontuários, das 29 crianças e jovens que tiveram como diagnóstico o grupo das oligofrenias, 14 foram submetidos ao tratamento antilúético, como era chamado o tratamento para sífilis. Vale ressaltar, como já mencionado acima, que na documentação analisada não consta a explicação do porquê da realização de tal tratamento, como, por exemplo, se haveria uma relação entre o diagnóstico, o estado físico e mental, e a sífilis. Nenhum dos internos foi diagnosticado como portador de tal doença, como também não foi encontrada menção aos pais ou demais familiares serem portadores. A princípio, o tratamento para a sífilis parecia ser uma prática corrente e indiscriminada dentro do hospital, assim como em outras instituições brasileiras, já que a sífilis aparecia como um dos principais males a ser combatido.

No prontuário, as fichas estão preenchidas com o nome do paciente; o ano do tratamento; a substância e a dosagem a ser ingerida ou injetada - não constam especificação quanto a isso - os dias e meses em que foi realizado; e por fim o total de substância que o paciente recebeu. Não foram encontradas também descrições de qualquer resultado do tratamento, como por exemplo, a maneira como os pacientes reagiram a ele, quais as respostas obtidas, se de alguma forma surtiu o efeito desejado. As fichas do tratamento antilúético aparecem como páginas soltas no documento, sem qualquer relação com o restante.

Sérgio Carrara (1996) aborda em sua tese de doutorado as concepções sobre a sífilis no Brasil da passagem do século XIX ao XX, até a década de 40. No marco inicial escolhido pelo autor, a passagem entre os dois séculos, a doença passou pelo que ele chama de uma revolução científica, que definiria um novo modelo de compreensão para a doença, que permaneceu vigente até os anos de 1940. Segundo o autor “É em seu âmbito que a *sífilis* se transformou no *problema venéreo*, ou seja, em uma das mais graves doenças humanas e em uma das mais sérias ameaças à saúde pública.” (CARRARA, 1996, p. 4).

A doença irrompeu na Europa nos últimos anos do século XV sob forma epidêmica. Durante séculos se manteve a crença da sífilis como castigo por conta do pecado da carne, assim, a trajetória moral e o estilo de vida das pessoas eram critérios para o diagnóstico da doença. Esse princípio *ético-místico*, como coloca o autor, para a definição da doença, perdeu o espaço de suas prerrogativas no século XIX. O discurso médico, a partir do final século XVIII, realizava um “desencantamento” da doença, tornando estritamente de ordem “natural”, um problema médico e que deveria ser tratado com racionalidade científica. Não mais fruto de castigos divinos, a sífilis passa a ser entendida como doença transmitida através de relações sexuais.

A citação abaixo de Carrara ajuda-nos a compreender de que forma acreditava-se que a sífilis se expressaria, ou seja, com que sintomas, de que maneira ela se mostrava nos doentes. Aqui é possível vislumbrar a relação dela com nossas crianças e jovens:

No início do século XX, atribuía-se à sífilis o poder de se manifestar através de tantas formas diferentes que não me parece ser exagerado afirmar que ela se apresentava

praticamente como espécie de princípio etiológico geral. Não se tratava mais de *uma* doença, mas de um princípio gerador de doenças. Para isso, foram fundamentais as “descobertas” laboratoriais que permitiram o “isolamento” do treponema em tecidos de diversos órgãos e a detecção, através de alterações sangüíneas que produzia, da contaminação sífilítica em indivíduos “aparentemente” sadios ou portadores de sintomas até então atribuídos a outros males. Desse modo, o laboratório vinha confirmar as pretensões da clínica sífilográfica, contribuindo decisivamente para a expansão quase indefinida que caracterizaria o domínio nosológico da *sífilis* até meados do século XX. (CARRARA, 1996, p. 18)

Médicos do período acreditavam que a doença manifestava-se de diferentes formas, não haviam sintomas específicos. Sem contar que a sífilis era tomada como um “gerador de doenças”, como perturbações nervosas, incluindo a sensibilidade, inteligência e motricidade. Podia ser ela um gerador da própria loucura. O autor destaca ainda, que com descobertas laboratoriais, ela foi encontrada até mesmo em quem não apresentava sintomas, aparentava ser saudável, ou mesmo portador de outras doenças.

As teorias em relação à doença alcançavam os discursos não apenas da medicina, mas também de outros profissionais. A citação abaixo é do jurista brasileiro Nelson Hungria (1941, p. 449, apud CARRARA, 1996, p. 21) e confirma a propagação das perspectivas médicas sobre a sífilis acima citadas:

Os que contraem a infecção luética tem a aguardá-los, se não encontram um

tratamento oportuno e adequado, a tabes, a paralisia geral, a loucura, as psicoses, **todas as misérias fisiológicas e psíquicas**. Carreado pela linfa e pelo sangue, o *treponema pallidum*, o **insidioso espiroqueta infiltra-se por todo o organismo**, determina a atrofia das vísceras e dos músculos, oblitera os vasos sangüíneos, imobiliza os nervos, corrói os ossos, invade a medula espinhal e o cérebro, esteriliza as fontes da vida, **tudo devasta e aniquila no corpo humano**.

Dessa forma, mesmo que as crianças e jovens fossem diagnosticados com debilidade mental, idiotia, imbecilidade ou oligofrenia, o tratamento para sífilis seria empregado, pois acreditava-se que aquelas poderiam ter sido geradas por esta doença, que poderia até mesmo estar presente sem sintomas. Essa é uma hipótese para compreendermos o emprego irrestrito do tratamento à sífilis no HCS. Vale colocar, que até mesmo atos considerados criminosos e imorais podiam ser associados à doença. Assim, o fato de ser considerado que inúmeras características de ordem comportamental e moral eram causadas pela sífilis, ajudava a confirmar a ideia da relação de aspectos de ordem psíquicas com orgânicas, como já discutido anteriormente neste capítulo.

De acordo com Ivonete Pereira (2004) a sífilis passou a ganhar destaque nos relatórios de saúde da cidade de Florianópolis no início do século passado. Entre as fontes documentais utilizadas pela autora estão relatórios de saúde e higiene, datados das primeiras décadas do XX. Em um deles, de 1913, a sífilis é apontada como a principal causa de morte em menores de três anos e natimortos. Da mesma maneira, em anos seguintes a sífilis continuava sendo indicada como a

doença que mais matava e em constante disseminação entre a população. Estatísticas assustadoras, e interpretadas pela autora como manipuladas, instauravam o medo e legitimavam a ação do poder público no combate a doença. Assim, foi criado em Florianópolis, em fins da década de 1930, o Serviço de Profilaxia de Sífilis e outras Moléstias Venéreas, encarregado das medidas no combate a essas doenças na região.

Como uma doença venérea a sífilis esteve estreitamente associada a questões morais, tendo como principais alvos de vigilância e controle o bêbado, o louco e a prostituta, ou seja, aqueles que vagavam pela cidade, e eram considerados potencialmente os disseminadores da doença entre o restante da população. Ainda de acordo com Pereira (2004, p 76), uma interpretação para as motivações da “guerra” travada na cidade de Florianópolis contra a sífilis é que essa era uma doença que poderia atingir a camada média da população, principalmente através da prostituição. Assim, talvez o problema não fosse a “quantidade, mas a qualidade das pessoas” atingidas pela doença, que diferente de outras, ainda aparecia como um mal incurável, não importante os recursos financeiros para tratá-la.

Conforme apresentado por Pereira (2004, p. 78), *O Boletim Geral dos Serviços de Saúde do Centro de Saúde de Florianópolis*, datado de 1939, onde constam os dados referentes ao Serviço de Profilaxia de Sífilis e de outras Moléstias Venéreas, é de autoria do Dr. Agripa de Castro Farias, primeiro diretor do Hospital Colônia Sant’Ana, onde o médico destaca os altos números dos casos de sífilis entre a população.

A imagem abaixo, retirada do prontuário de Nivanda, internada com a idade de 16 anos e

diagnosticada como *oligofrênica*, possibilita o leitor visualizar um exemplo de como a ficha de *Tratamento antilúético* aparecia em meio as páginas dos documentos encontrados no prontuário.

Figura 3 - Prontuário número 230

Nome [REDACTED] Tratamento antilúético.												TOTAL		
1942												4		
Neosalvarsan	015	030	015	045								1,35		
1943												2		
Syntosan	015	030										0,45		
1943	22/9	29/9	6/10	13/10	20/10	3/11	10/11	17/11	4/12	9/12		10		
Arsenon	002	002	003	003	003	003	003	003	003	003		0,88		
1944	28/1	4/2	11/2	18/2	25/3	3/3	12/3	6/4	21/4	28/4	5/5	19/5		12
Arsenon	001	003	003	003	003	003	003	003	003	003	003	003		0,34

Fonte: Arquivo do CEDOPE/Ipq/SC.

Neosalvarsan e Arsenon aparecem como substâncias utilizadas na instituição para tratamento contra a sífilis, como consta na imagem do prontuário acima. Nesse exemplo as substâncias variaram conforme os anos. Em 1942 foi utilizado para o paciente

o Neosalvarsan; em 1943 um outro componente, que não foi possível identificar por conta de não se compreender a caligrafia, porém, sabe-se não se tratar das outras duas substâncias; já nos anos de 1943 e 1944 utilizou-se Arsenon.

Até início do século XIX o único tratamento empregado para a sífilis era a utilização de mercúrio. Através de uma intoxicação que provocava o elemento, com diária, salivação, sudorese, acreditava-se que o mal causador da doença seria eliminado. Porém, a partir do século XIX, Carrara (1996, p. 12) coloca que “Não se tratava mais de **expulsar** o mal do organismo, mas de **localizá-lo** em seu interior, **neutralizá-lo** e, se possível, **eliminá-lo**.”. De acordo com o autor, foi desenvolvido então, na Alemanha, e apresentado para a comunidade mundial em 1909 o *salvarsan* ou *606*, que era um sal de arsênico altamente tóxico, que teria a capacidade de destruir o causador da sífilis. Mais tarde a mesma equipe desenvolveu o *neo-salvarsan* ou *914*, que seria o mesmo componente, porém menos tóxico. Assim, podemos constatar que o Neosalvarsan e o Arsenon, utilizados no HCS, têm origem na mesma substância, o arsênio.

Utilizado em larga escala no início do século XX no Brasil, a substância foi uma das promessas para colocar fim aos casos de sífilis no país. Percebemos assim, que havia um grande esforço no início do século passado para que a sífilis fosse erradicada, sendo ela responsabilizada pelas mais diferentes moléstias que atingiam a sociedade. Tal esforço adentrou o HCS, transformando-se em tratamento indicado para boa parte das crianças e jovens.

3.3.2 Praxiterapia: os hospitais colônias

O trabalho como terapia, chamado praxiterapia, foi amplamente utilizado nas instituições de tipo colônia agrícola e hospital-colônia. No Hospital Colônia Sant'Ana: "A praxiterapia se caracterizava por atividades desenvolvidas nos diversos serviços e setores que a instituição possuía, tais como: a serraria, olaria, carpintaria, moinhos de trigo, suinocultura, agricultura (horta), capinação, engenho de cana e produção de mandioca, destilaria, lavanderia, costura, cozinha e limpeza." (BORENSTEIN et al., 2007, p. 668).

O Relatório de 1942 do HCS evidencia que já nesse período havia em funcionamento na instituição: "matadouro, pocilga, criação de galinhas, hortas e roças." As atividades estavam voltadas ao "maior bem estar" dos doentes, que tanto poderiam trabalhar quanto usufruir da produção. Ainda de acordo com o documento, as atividades representavam "motivo de orgulho" por atestarem os esforços daqueles envolvidos na construção do hospital. Além do que já estava em funcionamento, pequenas fábricas para produção de farinha e açúcar seriam construídas. O documento salienta ainda que:

Deante dos limites de nossas possibilidades financeiras temos que ir cuidando da construção de pequenas oficinas, colchoaria, fabrica de cestos, vassouras, tamancos, esteiras, olaria, pequena fundição etc., para que aproveitemos todos os nossos doentes, utilizados quasi que só atualmente na lavoura.

Teoricamente a proposta visava possibilitar a reinserção do indivíduo à sociedade, permitindo ainda que o Hospital não se transformasse em um espaço de ociosidade, como já colocado anteriormente. Os pacientes eram encaminhados as atividades que integravam o estabelecimento, principalmente o trabalho agrícola. De acordo com Arselle de Andrade da Fontoura (1997), o trabalho, com seus pequenos acidentes, imprevistos e camaradagens, era considerado pelos médicos como benéfico para o tratamento dos doentes.

Da mesma forma que para os adultos as atividades direcionadas as crianças e jovens eram divididas conforme o sexo do paciente. Para os meninos estava reservado o trabalho executado do lado de fora das paredes do hospital, como a agricultura, o cuidado com os animais e a marcenaria. Para as meninas, os trabalhos deveriam ser executados dentro do hospital, no âmbito do privado. Rouparia, lavanderia e demais serviços domésticos foram os mais mencionados.

De maneira geral, em instituições psiquiátricas o trabalho realizado pelos internos era muitas vezes concebido como critério de avaliação de sua condição mental (BORGES, 2007). Relacionava-se a capacidade de trabalhar à possibilidade de viver uma vida fora da instituição. Conforme Foucault (2002, p. 266)

A ironia é que, nos hospitais psiquiátricos modernos, tratamentos pelo trabalho se praticam com frequência. A lógica que embasa essa prática é evidente. Se a inaptidão ao trabalho é o primeiro critério da loucura, basta que se aprenda a trabalhar no hospital para curar a loucura.

O autor coloca ainda que “no que concerne a trabalho, mesmo nos dias de hoje, o primeiro critério

para determinar a loucura em um indivíduo consiste em mostrar que é um homem inapto ao trabalho” (FOUCAULT, 2002, p. 261). Na década de 1940, no Brasil, em consonância a política Vargas, podemos também aventar que aqueles que não se adequavam ao trabalho não eram considerados aptos à uma vida em sociedade e poderiam ser considerados como loucos. O trabalho seria um instrumento de adaptação a vida social. Neste sentido, as atividades destinadas à homens e mulheres eram adequadas ao que estes deveriam executar quando em “liberdade”.

Interessante constatar que o processo de avaliação e diagnóstico dos pacientes esteve, e podemos considerar que ainda está nos dias de hoje, muito mais imbricado às concepções de *normal* e *anormal* socialmente constituídas, e incorporadas pelo médico, do que a supostas evidências clínicas. O louco foi, e ainda é, aquele que não corresponde aos padrões de normalidades aceitos em nossa sociedade, padrões esses, obviamente, construídos e impostos socialmente. A esse respeito Facchinetti (p. 236, 2008) coloca:

[...] o exame da prática clínica nos mostra como a descrição final de um diagnóstico está marcada, por um lado, por sinais mais ou menos claros e, por outro, por códigos sociais, fato que demonstra que o psiquiatra é instruído culturalmente sobre como perceber uma desordem mental.

Nos prontuários das crianças e jovens do HCS encontram-se algumas referências a avaliações de seus estados mentais a partir da realização ou não das atividades laborais exigidas. Descrições como “calmo”, “pacífico”, “não faz nada”, “completo idiota”, “realiza as atividades”, fazem parte das anotações na ficha

intitulada *Praxiterapia: falta, exames e observações*. Nesta ficha, encontrada em todos os prontuários, porém nem sempre preenchida, eram anotadas informações a respeito do desempenho e andamento, com melhoras ou pioras, nas atividades laborais realizadas.

Vê-se assim que diferentes perspectivas médico-psiquiátricas estiveram presentes nos primeiros anos da instituição e contribuíram para delimitar o diagnóstico e tratamento concedido aos pacientes. A eugenia; o organicismo, com as práticas da antropometria e da frenologia; a delimitação de um padrão de desenvolvimento de inteligência; a praxiterapia como tratamento que procurava reinserir o interno na sociedade e o combate à sífilis foram alguns dos preceitos que, contribuíram para orientar as práticas institucionais.

4 TRAJETÓRIAS INDIVIDUAIS

Procura-se agora perscrutar com mais vagar algumas histórias de vida e trajetórias individuais dentro da instituição. São casos que quando trabalhados separadamente, levando em conta seus detalhes, são capazes de fornecer aspectos que não seriam observados em escalas maiores, como por exemplo, quando os prontuários são tomados enquanto um conjunto documental e analisados levando-se em conta informações quantitativas.⁴⁵

A escolha foi feita a partir do que considerou-se serem os prontuários mais significativos dentro do universo dos 86 analisados. As razões dessa seleção implicam questões como o fato de terem sido preenchidos de forma mais completa e legível, o que significa uma maior quantidade de informações, mas também por fugirem do padrão, apresentando aspectos até então não visualizados quando analisado enquanto conjunto documental, conforme problematizado em determinados momentos nos capítulos anteriores.

O presente capítulo está dividido em quatro partes, cada uma delas contendo um pouco da história de um internado/a. Nas duas primeiras partes tratou-se das histórias de um pensionista, como eram chamados aqueles que tinham seu tratamento custeado pelos responsáveis, e de um indigente, aqueles que não pagavam pela internação. Na terceira parte foi analisado um caso em que um dos vestígios deixado no prontuário

⁴⁵ Nos 2 primeiros capítulos as análises realizadas partiram de dados qualitativos coletados dos prontuários, conforme pode ser verificado no Apêndice A deste trabalho. Foram eles: diagnósticos; sexo; cor; idade; procedência e tratamentos.

está a carta de um familiar, documento raramente encontrado na documentação analisada para este trabalho. Por fim, temos a história de uma paciente internada sem que para ela fosse registrado qualquer diagnóstico de anormalidade.

4.1 PENSIONISTAS

A jovem Maria Augusta⁴⁶ deu entrada no Hospital Colônia Sant'Ana no final do ano de 1947. Com 16 anos de idade e descrita em seu prontuário como sendo solteira, analfabeta e sem profissão, ela residia com seus pais em São Francisco do Sul. De sua cidade foi trazida por seus progenitores até o HCS em busca de tratamento. Como tantas outras crianças e jovens que tiveram o mesmo destino institucional, a garota foi diagnosticada como oligofrênica. Em seu *Exame psíquico* no ato de entrada encontra-se a seguinte descrição pelo funcionário⁴⁷: “Ao meu ver trata-se de oligofrenia. Calma, negativista, nível mental baixo.” Como em todos os outros casos analisados, poucas palavras foram suficientes para descrever e diagnosticar a paciente. Entretanto, diferente dos demais *oligofrênicos*, Maria não passaria anos ou décadas internadas, e nem teria como fim de vida a morte na instituição. Ao contrário de tantos outros, os pais da

⁴⁶ Prontuário número 1110 (CEDOPE/lpq/SC).

⁴⁷ Vale lembrar que nos prontuários não há qualquer menção àquele que preenchia o documento, como nome ou profissão. Conforme já colocado, trabalhavam na instituição as irmãs da Congregação da Divina Providência; vigilante; enfermeiro prático (sem formação em enfermagem) e o diretor chefe, que era o médico (único funcionário com formação específica) (COSTA, 2010).

jovem puderam e/ou desejaram pagar por seu tratamento, o que a classificava como uma interna *pensionista*.

O *Decreto nº 1.077, de 4 de dezembro de 1852*⁴⁸, que determina os primeiros estatutos do Hospício de Pedro II, já estabelecia as diferenças entre os chamados pensionistas e indigentes⁴⁹. Os pensionistas se dividiam em diferentes classes de acordo com o valor pago mensalmente ou em quotas diárias, ficando em quartos individuais ou com poucos pacientes, sendo que é destacado no Decreto o “tratamento especial” a ser destinado à eles. Diferente dos indigentes, que apenas recebiam alta se antes obtivessem “hum curativo completo”, os pensionistas poderiam ser retirados da instituição a qualquer momento por aqueles que haviam requerido sua admissão e se comprometeram com as despesas, que eram “[...] as famílias, Tutores, Curadores, ou senhores, sendo escravos [...]”.

No *Decreto nº 5125, de 1 de fevereiro de 1904*⁵⁰, que deu “novo regulamento à Assistência a Alienados” do Districto Federal, assim como no *Decreto 8.834, de 11 de Julho de 1911*⁵¹, que se propunha a reorganizar a assistência, também estão presentes diferenciações

⁴⁸ Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-1077-4-dezembro-1852-558653-publicacaooriginal-81699-pe.html>>. Acesso em: 16 mai. 2015.

⁴⁹ Assim foram classificados pelo Decreto nº 1.077 aqueles cujo pais/responsáveis não pagavam pensão pelo internamento.

⁵⁰ Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-5125-1-fevereiro-1904-503179-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

⁵¹ Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1910-1919/decreto-8834-11-julho-1911-507693-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

para o atendimento a pensionistas e indigentes. As diferenças são marcadas por vantagens não somente no tratamento empregado aos pensionistas, como também ao tratamento expendido as suas famílias, que seriam atendidas em suas solicitações. Vale trazer aqui dois trechos do decreto de 1904, que evidenciam o tratamento especial direcionado aos pensionistas:

Art. 38. Compete ao director do Hospicio Nacional [...] 7º, prestar ás familias dos enfermos, em geral, as informações por ellas solicitadas, ou que forem de mister, quando se não refiram ao estado de saude delles, e participar ás dos pensionistas o que de mais importante occorrer quanto aos doentes que lhes digam respeito, á vista das indicações que receber do director geral;

Art. 124. Os enfermos indigentes só poderão ser visitados, ordinariamente, no primeiro domingo de cada mez, e extraordinariamente com licença do director geral. Os pensionistas, porém receberão seus parentes, curadores ou correspondentes, duas vezes por semana, ás segundas e sextas-feiras, das nove ás 11 horas do dia, quando a isso se não oppuzer, a bem do tratamento, o medico a quem estiverem confiados.

Além disso, vale colocar que entre os próprios pensionistas havia a separação em quatro classes, a depender do valor da pensão paga à instituição.⁵² Sobre

⁵² “Art. 104. Os enfermos em tratamento no Hospicio Nacional serão divididos nas seguintes categorias: Pensionistas, compreendendo quatro classes, cujas diarias serão de 15\$ na 1ª, 7\$500 na 2ª, 4\$500 na 3ª e 3\$ na 4ª.”

a existência do regime de pensionistas no HNA, Magali Engel (2001, p. 196) coloca que “A intenção de abrir as portas do futuro hospício para esses “enfermos” pensionistas parece se prender mais à possibilidade de baratear os custos de funcionamento da instituição [...]”. Assim, a razão para a existência de tal regime pode ser pensada numa perspectiva de diminuição de gastos, já que o pagamento efetuado para o tratamento dos pensionistas diminuiria os custos do governo com tais instituições.

Na primeira metade do XX os hospitais no estilo hospital-colônia ganham um papel importante como estratégia para diminuição dos gastos do governo com instituições psiquiátricas. Conforme abordado no primeiro capítulo, o *Plano Hospitalar Psiquiátrico* expedido pelo DNS colocava o hospital-colônia como modelo a ser seguido na criação das novas instituições no país. Além de ser colocada como uma “modalidade hospitalar moderna” e “eficiente”, ela é caracterizada no documento como a “menos dispendiosa”. Como já discutido, adotando a praxiterapia como terapêutica o trabalho realizado pelos “psicopatas” poderia ser utilizado para produção de produtos e manutenção da instituição.

Vale colocar que tanto no *Decreto nº 24.559, de 3 julho de 1934*⁵³, quanto no *Plano Hospitalar* citado acima, não há quaisquer menções ao regime de pensionistas. Apesar de se saber que a prática continuou presente nas instituições do país é interessante observar

⁵³ Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D24559impressao.htm>. Acesso em: 15 jul. 2015. Conforme já colocado na introdução do trabalho o decreto se dispõe a tratar da “profilaxia mental, a assistência e proteção á pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências.”

como ela deixou de ser uma questão importante a ponto de ser regulamentada pela legislação.⁵⁴ No *Plano Hospitalar Psiquiátrico* a construção e organização dos hospitais-colônia aparece como a questão de maior preocupação.

O regime de pensionistas estendeu-se pelas décadas seguintes na organização das instituições psiquiátricas do país e, junto com a distribuição por sexo, caracterizou-se como umas das principais divisões da população asilar, sem que essas separações estabelecessem qualquer relação com os diagnósticos apresentados aos considerados doentes mentais. Na perspectiva de Vera Portocarrero (2002, p. 113), assim como no século XIX, no início do século XX a organização das instituições:

[...] não representam a importação, ou seja, a influência direta da nosografia sobre a prática. A criação dos novos espaços terapêuticos e de medidas preventivas institui espaços que localizam e distribuem os indivíduos em seu interior, a partir de categorias muito pouco médicas como "dementes", "tranqüilos/agitados", "imundos", "crianças, homens/mulheres" [...]

Dessa forma, faz-se uma crítica aos critérios adotados para a separação dos pacientes, pois, apesar

⁵⁴ Em 1854, ano posterior a sua fundação, documentos indicam que no Hospício de Pedro II havia 265 internos, 30 deles pensionista. Em 1870 para o número de 297 pacientes, 88 eram pensionistas (SIQUEIRA, 2011, p.48). Documentos apresentados por Nadia Maria Weber Santos (2000) contabilizam que no ano de 1951 havia no Hospício São Pedro um total de 428 pensionistas, para um total de 2961 internos.

de no plano discursivo ser ressaltada a racionalidade científica empregada para o tratamento dos mesmos, na prática muitas das ações foram motivadas por razões que não necessariamente significaram o melhor para os eles. As diferenças nos tratamentos aos pensionistas e indigentes mostram o quanto estes últimos sofreram com a negligência das instituições. Aspectos da trajetória da jovem Maria Augusta dentro do HCS mostram o quanto as histórias de crianças e jovens que permaneceram por anos internadas poderiam ter sido diferentes caso um melhor tratamento tivesse sido realidade.

Não foram encontrados na documentação consultada registros que indiquem especificações sobre as diferenças de internamento e tratamento para pacientes indigentes e para pensionistas ao longo da década de 1940, como as apresentadas pelos regulamentos do Hospício de Pedro II quando de sua inauguração. O relatório do ano de 1942, responsável por fazer um balanço do primeiro ano de funcionamento do HCS, indica que para a construção do mesmo não havia sido considerada a separação entre os doentes indigentes e pensionista:

A experiência veio demonstrar vários pequenos erros na construção que a Diretoria de Obras Públicas vem corrigindo, com satisfação para nós. [...] Torna-se necessário que se construa um pavilhão para crônicos, bem assim como um pequeno pavilhão para pensionistas.⁵⁵

Ao fim do ano de 1942, a construção de um pavilhão para separar tais grupos de doentes já se

⁵⁵ Relatório do Hospital Colônia Sant'Ana ao Interventor Nereu Ramos, 1942, CEDOPE/Ipq/SC.

mostrava como uma necessidade. O Relatório de 1951, que traz dados estatísticos e faz um balanço do trabalho realizado nos dez primeiros anos da instituição, traz a relação de pacientes pensionistas que foram internados e a quantidade de dinheiro arrecada através da pensão paga pela família, ou responsável, de cada um deles.

Com o regime de pensionistas, as famílias mais abastadas podiam internar seus *doentes*, submetendo-os a reclusão e tratamentos, da mesma forma como podiam retirá-los, sem que seu poder passasse a ser questionado frente ao poder da instituição. Pagando pelo tratamento as famílias também poderiam ter a sensação de estar oferecendo um maior conforto e atenção aos seus “doentes”, já que o tratamento era, a princípio, o melhor que o empregado aos pacientes não pagantes.

Através da análise do prontuário de Maria Augusta foi possível encontrar vestígios da atenção diferenciada dada aos pensionistas, como por exemplo a troca de correspondências entre a instituição e familiares. O relatório de 1942 traz informações sobre o processo de internação:

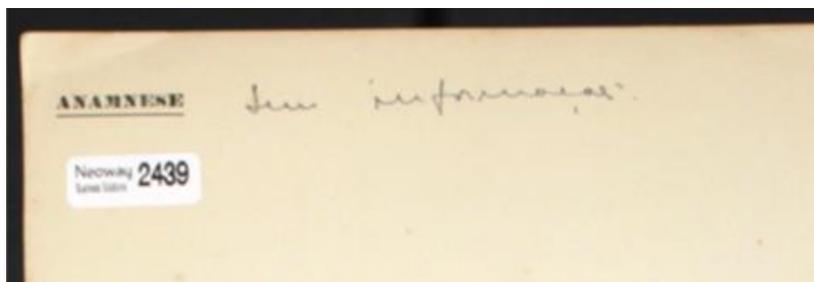
PORTARIA – Ao chegar o doente, é verificado se o processo de internação está devidamente legalizado, preencherá a folha de informações sobre o doente, por intermédio de uma pessoa que deve acompanhar o doente, caso não venha acompanhado de uma pessoa capaz de responder os quesitos, será remetida a família uma circular.⁵⁶

Anexo ao relatório encontra-se o documento que deveria ser encaminhado para as famílias, em busca de

⁵⁶ Relatório do Hospital Colônia Sant’Ana ao Interventor Nereu Ramos, 1942, CEDOPE/lpq/SC.

informações sobre o paciente. Exceto para o caso de Maria Augusta, em nenhum outro analisado há registros do envio do documento pela instituição para a família. As informações que de alguma forma explicavam como a suposta doença teria surgido e se manifestado nos pacientes deveriam ser anotadas na página do prontuário intitulada *Anamnese*. Na Figura 4, abaixo, retirada de um dos prontuários analisados, temos um exemplo desse registro:

Figura 4 – Prontuário número 378



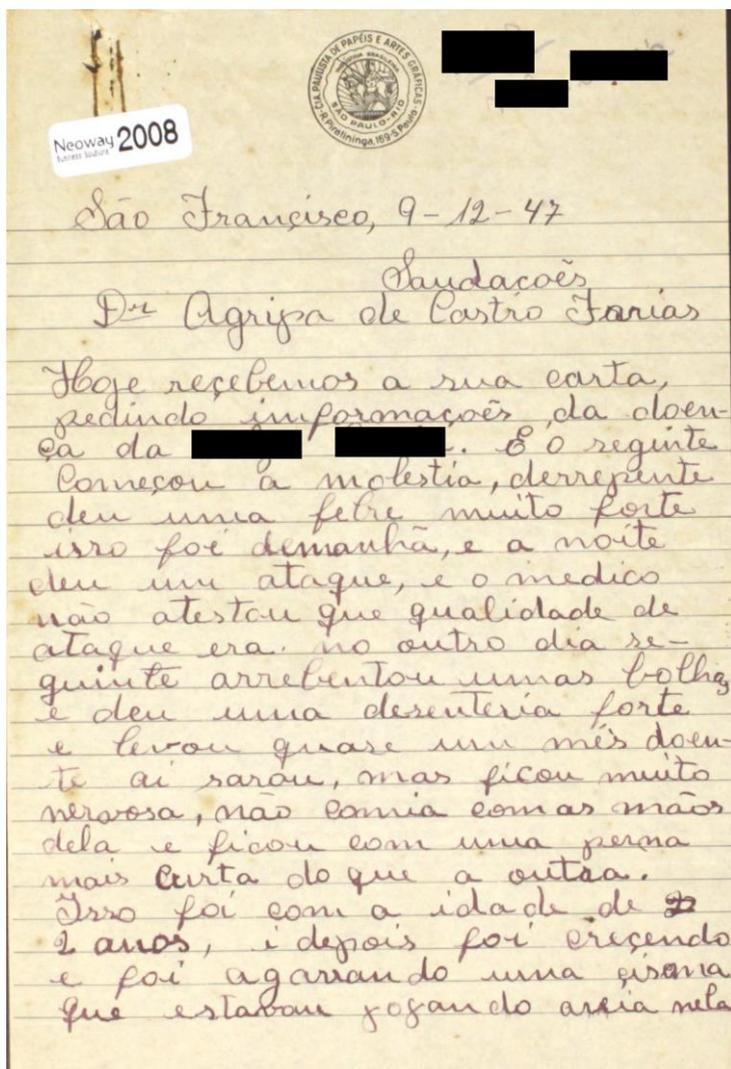
Acervo: CEDOPE/lpq/SC.

Na maioria dos casos a página não está preenchida, ou apenas contém os dizeres “Sem informações”, como na imagem acima. Quando preenchidas, com informações sobre os antecedentes do paciente, nem sempre é possível saber se quem as forneceu foram os responsáveis pela internação, já que o próprio interno pode ser o autor dos relatos. Entretanto, em alguns poucos, especifica-se que os pais deram as informações, que nestes casos estão sempre descritos de forma breve.

Os pais de Maria Augusta receberam uma carta do diretor chefe do hospital pedindo informações sobre o histórico de saúde da jovem, conforme indica o documento anexo ao prontuário. A resposta do pai ao

hospital é registrada por sua carta, também anexa ao documento. Nela o pai relata como começou e se desenrolou, com o passar dos anos, aquilo que para ele seria a doença de sua filha. Abaixo, segue o primeiro trecho da carta enviada ao HCS cerca de vinte dias após o internamento:

Figura 5 – Prontuário número 1110



Neoway 2008

IMPRESSOR DE PAPEIS E ARTES GRÁFICAS
SUA PAZ, S. PAULO, 1993

São Francisco, 9-12-47

Saudações
 Dr. Agripa de Castro Farias

Hoje recebemos a sua carta, pedindo informações da doença da [redacted]. O regente começou a molestia, de repente deu uma febre muito forte isso foi de manhã, e a noite deu um ataque, e o medico não atestou que qualidade de ataque era. no outro dia regente arreventou umas bolhas e deu uma disenteria forte e levou quase um mês doente ai sarou, mas ficou muito nervosa, não podia com as mãos dela e ficou com uma perna mais curta do que a outra. Isso foi com a idade de 22 anos, e depois foi crescendo e foi agarrando uma gripe que estava jogando assim nela

Fonte: CEDOPE/Ipq/SC.

Nas palavras do pai se misturam sintomas de diferentes ordens, físicas e psicológicas, e que teriam se

estendido ao longo de muitos anos. Quatorze anos de doença são relatados em poucas linhas e um episódio de febre, aparecimento de bolhas e disenteria, e diretamente relacionados ao que seriam *cismas*⁵⁷ adquiridas pela jovem ao longo de seu crescimento. De qualquer maneira o relato mostra que, aos olhos do pai, a jovem teve uma vida conturbada, que trouxe alguns incômodos para a família, o que fica mais evidente na continuação da carta:

Com a idade de 13 anos ela separou-se moça, mas ela não sabe o que era, ela diz que machucaram e diversas cousas, e até a data de hoje, ela não se trata de um nada, e tem muita vergonha de comer na frente dos estranhos, e quando ela cisma rasga a roupa, chinga e diz muitos nomes feios na frente de qualquer pessoa, tem noite que ela dorme bem e tem noite que ela cisma vai até meia noite, e a gente tem que fazer todas as vontades, se não ela fica mais ruim, ocasião de lua e perto dos incomodos ela fica bem ruim. Quando ela se acha doente ela não conta nos temos que adivinhar.

A filha parece não corresponder às expectativas do pai quanto ao seu desenvolvimento, já que, para ele, ela tratava-se de “um nada”. As palavras revelam, principalmente, o quanto para a família as condições de saúde da menina significaram um estorvo. Conforme colocado por Engel (2001, p.196), “o hospício era, assim, colocado como uma alternativa para as famílias que

⁵⁷ A expressão se refere a pensamentos fixos, manias, desconfiança.

quisessem se livrar desse ônus.” Uma possibilidade de se livrarem, ou descansarem por um tempo, daqueles que não estavam de acordo com os padrões de comportamento tidos como normais. Ainda segundo a autora, as famílias que abrigavam doentes tornavam-se incômodos para os vizinhos e em muitos casos eram, “elementos de perturbação da tranquilidade pública”. Na descrição do pai, Maria Augusta causava constrangimentos ao rasgar a roupa e se utilizar de “nomes feios” na frente das pessoas. Assim, a carta sugere que um dos descontentamentos da família, na interpretação do pai, estava relacionado à “vergonha” que o comportamento da jovem provocava.

Arselle Fontoura (1997, p. 133) coloca que muitos dos pacientes internados no HCS enfrentavam o problema da não aceitação do “retorno para casa por partes dos familiares.”, o que acarretava na impossibilidade de receberem alta da instituição. De acordo com Viviane Borges (2012, p. 132) a família aparece como um dos principais problemas no processo de reabilitação dos internos do Centro Agrícola de Reabilitação, situado na cidade de Viamão- RS. A autora apresenta trechos de uma carta, de 11 de setembro de 1973, onde um pai se nega a receber de volta seu filho que ganhava alta após 5 anos de internamento. Assim como o pai de Maria Augusta, o pai do paciente relata grandes incômodos trazidos pelo comportamento do filho, como atos violentos, gritarias e ameaças, que segundo ele causavam medo às pessoas. Dessa forma, acrescenta a autora, “a instituição não aparece apenas como um espaço de tratamento, mas também como espaço de exclusão.” (BORGES, 2012, p. 131), ressaltando o papel importante da sociedade na

legitimação da ideia da instituição asilar como lugar definitivo para os ditos loucos.

A finalização da carta, no tom utilizado, demonstra a tentativa de autoridade exercida pelo pai frente a equipe dirigente da instituição, possivelmente por sua posição social e na condição de pagante de pensão. Segue o trecho final:

Mando perguntar se recebeu um pacote com roupas e uma carta. Se não recebeu, procure no instituto na capital.

Sem mais termino.

Responda-me

Não há agradecimentos ou súplicas por favores, apenas o imperativo de que se procure pelas roupas e carta enviadas por ele à filha e uma resposta para sua carta. Silvia Arend (2011), analisando cartas enviadas ao Juiz de Menores da capital por pessoas oriundas de grupos populares, destaca o emprego da expressão “um grande favor” na realização de solicitações, demonstrando a percepção que estes tinham do Juiz como um benfeitor. Diferente desses casos, o pai não demonstra, ao menos através da sua escrita, o entendimento de que estaria de alguma forma pedindo favores à instituição.

Além dessa da possibilidade de comunicação da família com a equipe dirigente, a condição de pensionista trouxe para Maria Augusta a possibilidade de um tratamento diferente em relação aos demais analisados. Como tantos outros, a jovem foi submetida somente ao tratamento antilúético, entretanto é importante destacar a diferença na frequência do atendimento por ela recebido. Quatro meses foi seu tempo de permanência na

instituição. Durante esse tempo a jovem recebeu a quantidade de atendimentos, contando as anotações nos prontuários, que muitos outros receberam ao longo de anos. Após o *Exame psíquico* na entrada, seguem os seguintes exames nos meses posteriores:

9-1-45. A paciente não responde as nossas perguntas. No entanto, quando é contrariada na enfermaria queixa-se e começa a chamar nomes. Desde que está aqui não tem mais tido convulsões.

14-2-45. *Maria Augusta* vai indo regularmente. Já conversa conosco e está bem contente. As vezes faz-nos um sorriso (?).

13-3-45. *Maria Augusta* está mais forte. Responde as nossas perguntas e parece estar bem satisfeita.

Ao menos de acordo com os registros, a jovem parece ter tido uma significativa melhora, aparentando até mesmo estar “contente” e “satisfeita”, algo definitivamente incomum entre os registros da época. O certo é que em 13 de março, data da última anotação, *Maria Augusta* pôde retornar para casa, sem que tenha indícios de seu retorno para a instituição.

4.2 INDIGENTES

Um ano antes do internamento de *Maria Augusta* no HCS, *Luiz Henrique*⁵⁸, de 7 anos, adentrava a

⁵⁸ Prontuário de número 0919 (CEDOPE/lpq/SC).

instituição. Nascido na cidade de Tubarão, sul do estado, sua procedência era São Ludgero, serra catarinense, e vinha acompanhado do padre Pedro Witte, que pelo sobrenome não indicava ser seu parente próximo. Apesar de não terem sido seus pais os responsáveis pelo internamento do menino, seus nomes constam em seu prontuário, provavelmente informados pelo padre.

Como a jovem acima, Luiz Henrique teve como diagnóstico a oligofrenia, porém, diferente dela, foi internado como indigente, ou seja, ninguém pagou por seu tratamento. Talvez por isso tenha sido tão diferente a sua história na instituição. Não foram meses o tempo que o menino passou internado, mas 25 anos se passaram para que Luiz de lá saísse, já com 32 anos de idade. Dado no mínimo chocante, mas infelizmente comum no que tange as instituições psiquiátricas do período, todo esse tempo, faz-nos pensar no HCS como um abrigo para pessoas dependentes ou depósitos para os enjeitados.

O fato das instituições psiquiátricas terem servido, ao menos até a Reforma Psiquiátrica, como locais de depósito de seres humanos é levantada por diversos autores no campo da história da psiquiatria e da loucura. Engel (2001, p. 327), coloca que no Hospício de Pedro II, depois Hospital Nacional de Alienados, nas colônias da Ilha do Governador, do Engenho de Dentro e de Jacarepaguá e no Manicômio Judiciário, a maior parte da população internada foi constituída por indivíduos que jamais conseguiram recuperar sua liberdade, ou que permaneceram em eternas altas e reinternações. O caso

de Luiz Henrique revela como, também o HCS, acabou por ser a casa de muitos dos que por lá passaram.

Como já colocado, a história do HCS, também a exemplo do que ocorria em outros hospitais psiquiátricos no país, é marcada pela superlotação. Viviane Trindade Borges (2013, p.1533), aborda essa questão, bem como o sofrimento suscitado por ela, a partir dos depoimentos de ex-funcionários da instituição. A esse respeito a autora traz alguns números, que colaboram para pensar o lugar como um “depósito de gente”:

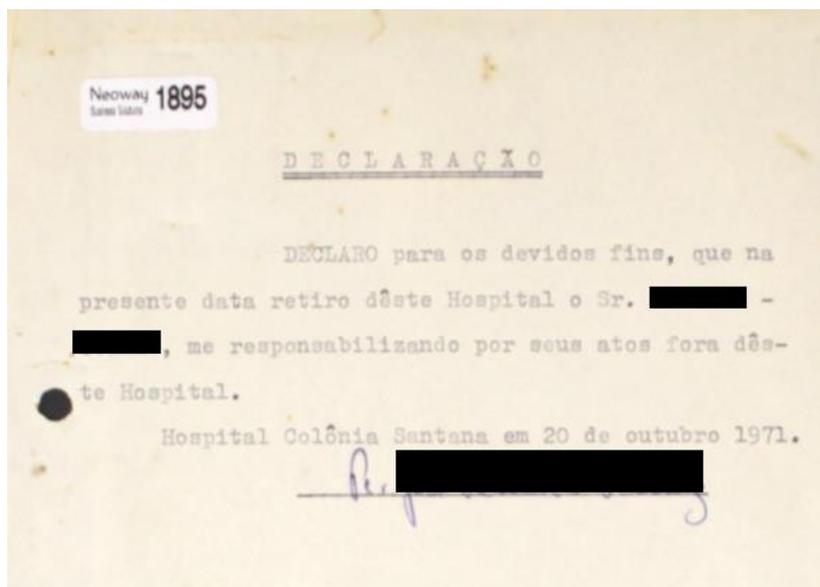
Com capacidade para funcionar com trezentos leitos, já em sua inauguração o HCS recebe os internados vindos dos asilos de Brusque e Joinville, totalizando 311 pacientes, ou seja, 11 a mais do que sua capacidade máxima. Em 1947 já eram 428 internos, e os números só aumentaram. O HCS termina a década de 1950 com cerca de oitocentos internos [...].

Comparando as anotações do prontuário de Luiz Henrique ao de Maria Augusta, a diferença na frequência de atendimentos, exames ou consultas, chama atenção. Apesar da dificuldade encontrada em compreender a caligrafia encontrada no prontuário de Luiz Henrique, são legíveis as datas dos seus atendimentos após seu exame de entrada. Pelo o que indicam as anotações os atendimentos foram realizados numa frequência de uma vez a cada um ou dois anos. Essa frequência de atendimento seguiu-se até o 15^o ano de internamento, após esta data passaram-se dez anos até que fosse registrado um atendimento novamente, sendo que este foi realizado quando de sua saída da instituição.

Talvez mais tempo tivesse se passado sem mais registros de atendimento, caso ele não tivesse sido retirado do hospital. Desfecho raro de se encontrar em outras trajetórias institucionais, não identificada em nenhum dos outros casos aqui estudados, e que torna a história de Luiz Henrique ainda mais significativa, é que ele, após 25 anos confinado, não veio a falecer, fugir ou simplesmente receber alta por estar recuperado, mas foi retirado por aquele que um dia lá o deixou.

No dia 20 de outubro de 1968 o padre Pedro Witte retorna ao HCS, assina a declaração de responsabilidade pelo “doente” (Figura 6), em que se torna responsável por seus atos e, conseqüentemente, seus cuidados fora da instituição e leva consigo o então adulto Luiz Henrique, já com 32 anos de idade. Não constam no prontuário referências a uma possível recuperação do doente e a própria necessidade de uma declaração de responsabilidade indicam que aos olhos dos médicos ele não estava apto a sair do hospital.

Figura 6 – Prontuário número 0919



Fonte: CEDOPE/lpq/SC.

Não é possível apreendermos o motivo que teria levado o padre a atitude tão incomum entre os registros pesquisados, de trazer novamente para o convívio social alguém que ele mesmo havia internado anos atrás. Entretanto, é possível saber que a alta só foi possível através de sua intervenção, partiu de sua ação de ir até a instituição e fazer a solicitação de retirada. Assim como Maria Augusta, Luiz Henrique não foi internado novamente no HCS.

4.3 PALAVRAS DE FAMILIARES

Ter acesso a vestígios que expressem as sensibilidades das famílias de internos, ou mesmo

daqueles que se responsabilizaram pela internação sem possuir algum tipo de parentesco, como é o caso do padre Pedro, é tarefa árdua para quem utiliza com prontuários como fontes para pesquisa. Sendo eles documentos preenchidos exclusivamente pelos funcionários da instituição, no máximo podem conter cartas anexadas e/ou transcrições do que seriam falas dos familiares/internantes.⁵⁹

Levando em conta essa dificuldade, procura-se aqui explorar o que as fontes puderam oferecer a respeito daqueles que permaneceram fora da instituição. Dos 86 prontuários estudados em apenas dois foram encontradas cartas anexas. Um foi o de Maria Augusta, já apresentado anteriormente, e o outro é o de Manuel.⁶⁰ Essa documentação possibilita perceber um pouco do que pensavam aqueles que aguardavam pela recuperação de seus familiares internados. Como no caso agora analisado, podem indicar que nem sempre a internação significou o abandono do paciente pela sua família, como é possível depreender de tantos outros casos.

⁵⁹ Nos prontuários pesquisados não foi encontrada nenhuma carta escrita pelos próprios pacientes. Entretanto, sabemos que anexar os escritos dos pacientes nos prontuários foi prática recorrente nas instituições brasileiras por muitos anos. Yonissa Marmitt Wadi (2003, p. 136) trata do assunto: “Essa prescrição, vigente em praticamente todos os grandes hospitais psiquiátricos brasileiros e estrangeiros, justificava-se plenamente no plano teórico do saber psiquiátrico. Na escrita dos tidos como “loucos”, os alienistas acreditavam poder perceber com mais clareza os sintomas da “doença” que os acometera.” Assim, muitas vezes as cartas escritas pelas pacientes não chegavam a ser enviadas para seus destinatários, permaneciam nos prontuários para serem analisadas e servirem como prova dos sintomas atribuídos pelos médicos.

⁶⁰ Prontuário número 625 (CEDOPE/lpq/SC).

Em meados de 1940 o pequeno Manuel, contando com 7 anos de idade, partiu com seu pai de Jaraguá do Sul em busca de tratamento no HCS. Conforme descrito pelo atendente, o menino não falava, não andava, nem se alimentava pelas próprias mãos. Com essas características, assim como nas duas histórias já contadas, foi diagnosticado como oligofrênico. Internado como indigente, assim como Luiz Henrique ele recebeu atendimentos numa frequência de uma vez por ano, conforme anotado em seu prontuário.

Um mês depois da internação de Manuel, Eugênia, sua irmã, escreve ao diretor Dr. Agripa demonstrando a preocupação e pesar da família em relação à saúde do menino. Segue, na íntegra, a carta:

Estreito 4 de julho de 1945

Com o coração cheio de tristeza passo a mão no lápis para saber notícias de meu irmão. Seu doutor Agripa mando-lhe perguntar o senhor se o Manuel está melhor nois não sabemos notícias dele mais. Seu doutor Agripa eu tive aqui vendo o Manoel mais o senhor não estava aqui, nois falamos foi com o outro doutor. Seu doutor mando-lhe perguntar se o Manuel já se alivanto, porque eu tive aí ele ainda estava de cama. Seu doutor Agripa mando-lhe perguntar se é verdade que o vira seu Elizeu teve vendo o Manuel aí, porque ele disse que ele tinha vindo ver o Manuel. Seu doutor eu mealembro-me bastante do Manuel todos os dias eu e a mamãe.

Seu doutor o senhor quer me fazer o favor de me dá muitas lembranças para o Manuel, que eu e a mamãe mandamos

para o Manuel, que nois mandamos. E também o Jacinto manda muitas lembranças que ele manda para o Manuel e também o João e a Ana manda muitas lembranças para o Manuel.
Espero resposta breve
Ficou-lhe muito obrigado⁶¹

O sentimento de tristeza relatado por Eugênia e a preocupação em mandar lembranças suas, da mãe e de mais pessoas possivelmente do círculo familiar, ao irmão diferem de tantos outros em que a impressão que fica é a do completo abandono do doente.

De acordo com o estudo apresentado por Janis Alessandra Pereira Cassília (2011, p. 151) sobre a Colônia Juliano Moreira na década de 1940, o que se sobressai na documentação dos pacientes da época é o não retorno das famílias após a internação:

Entre os discursos pesquisados, o do familiar é o que tem menor peso na construção da documentação clínica do paciente. [...] a maioria ocorre no momento da entrada do paciente na Colônia, prestando informações sobre dados, hábitos e aspectos da vida pregressa do doente e da doença em si. É bastante comum, após esse primeiro contato, o familiar não retornar à Colônia ou até mesmo se recusar a comparecer à instituição para acrescentar novas informações. [...] Quando os doentes vinham transferidos diretamente do Hospital Psiquiátrico ou da Colônia Gustavo Riedel, suas internações datavam de muitos anos, sendo visível o abandono de parentes e amigos, não havendo

⁶¹ Prontuário número 625 (CEDOPE/lpq/SC).

qualquer menção, na documentação clínica, a visitas ao interno.

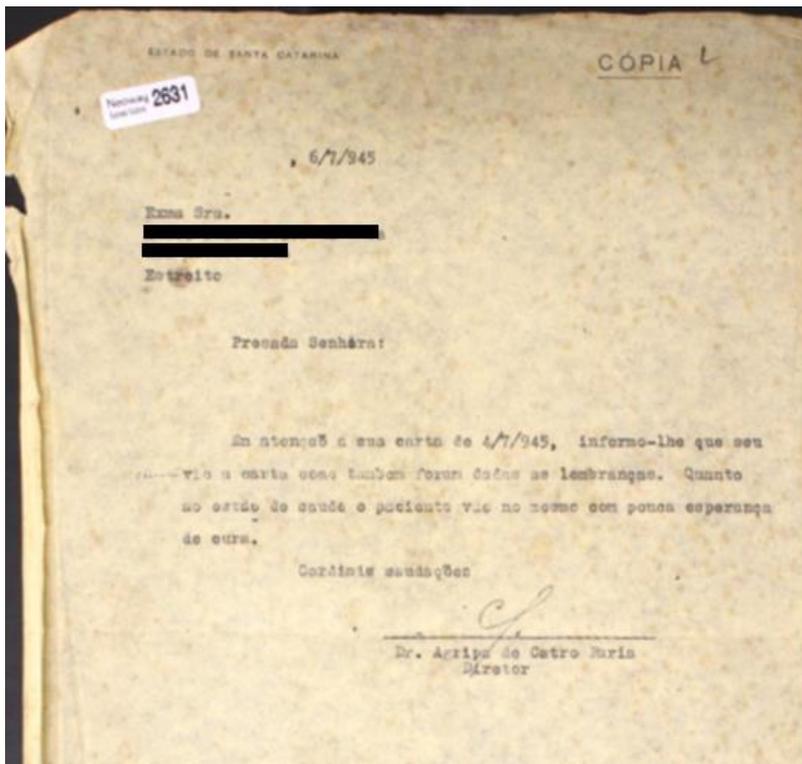
Ao contrário do abandono que significou a internação de tantas pessoas nas instituições de assistência psiquiátrica, as palavras da irmã de Manuel indicam que havia na família a crença na permanência do menino no hospital como um mal necessário para a sua recuperação e volta ao convívio da família. Ou seja, não significava uma ida sem volta, uma nova casa, mas um local de permanência temporária.

Dias depois foi encaminhado para Eugênia uma carta de resposta⁶², nela Dr. Agripa garante ter dado as lembranças ao irmão, porém a adverte que o estado de saúde do menino continuava o mesmo e que não havia grandes esperanças de cura. Apesar dos sentimentos da família, Manuel não voltou para casa, permaneceu no hospital por seis anos e faleceu dentro da instituição. O falecimento é noticiado à família através de um telegrama⁶³, enviado a em 6 de junho de 1945:

⁶² Uma cópia da carta está anexada ao prontuário de Manuel (nº 625).

⁶³ Uma cópia do telegrama está anexada ao prontuário de Manuel (nº 625).

Figura 7 – Prontuário número 625



Fonte: CEDOPE/lpq/SC.

4.4 O HOSPITAL TAMBÉM COMO ABRIGO AOS DITOS “NORMAIS”

Apesar de apresentar-se como uma exceção, visto que em nenhum outro prontuário identifiquei uma situação parecida, a história de Ana Paula⁶⁴ é representativa para se pensar os papéis que poderiam

⁶⁴ Prontuário número 1610 (CEDOPE/lpq/SC).

ser atribuídos pela população ao HCS. Mais ainda, demonstra que papéis eram assumidos pela própria instituição, através das práticas realizadas pelo hospital, segundo determinações de funcionários.

Internada em fins da década de 1950, Ana Paula também contava com 7 anos de idade e era residente da cidade de Florianópolis. Em seu prontuário a menina é identificada como não sendo doente mental, porém, ainda assim foi levada pela mãe até a instituição, sem que suas motivações fossem explicitadas nos registros, e aceita pelos funcionários para internação.

Figura 8 – Prontuário número 1610

Data 28-2-1950		Descarga definitiva da observação	
Diagnóstico não doente mental		Data	Motivo
		Atestado de óbito	

Acervo: CEDOPE/lpq/SC.

No Exame Psíquico de entrada da menina consta o seguinte: “Orientada no meio e no tempo. Raciocínio coerente. Não notamos nada de anormal no estado mental da paciente.” Nos meses seguintes, num intervalo de três meses entre uma anotação e outra seguiu-se os seguintes dizeres:

12-06-1949. Ana vai bem aqui no Hospital, é obediente, está satisfeita.

21-09-1949. Ana é estimada por todos. Não apresenta anormalidades na esfera psíquica.

30.12.1949. Passando bem.⁶⁵

Diferente dos casos de Maria Augusta e Luiz Henrique, fica evidente o abandono da família durante a internação da menina. Mesmo nos casos em que as famílias deixavam seus *doentes* na instituição sem jamais retornarem ou enviarem notícias, existe a justificativa do tratamento necessário a esses indivíduos, que não poderiam ser tratados em casa, e/ou do perigo social que estes poderiam representar. No caso de Ana Paula, não é possível encontrar qualquer justificativa da sua mãe para ela ter sido encaminhada a um hospital psiquiátrico, assim como do porquê os funcionários a terem aceito para internação. As únicas informações que podem indicar dificuldades pelas quais sua mãe poderia estar passando é a de que o marido era alcoólatra e que a menina sofria de paralisia infantil, o que possivelmente a tornava improdutiva aos olhos da época, um fardo a ser sustentado pela família.

Após um ano de internação a menina foi transferida para uma outra instituição identificada no prontuário como “asilo maternidade”, conforme aparece na Figura 9, a qual não conseguimos identificar até o presente momento. Lá, provavelmente, seguiu sua trajetória institucional, até talvez ter a oportunidade de uma vida em liberdade, após a maioridade. O que é mais marcante na passagem de Ana Paula pelo HCS é perceber como o papel das instituições se confundiam, e de qualquer maneira o que elas representavam era a atribuição da responsabilidade pelas crianças, jovens e doentes mentais ao Estado.

⁶⁵ Prontuário número 1610 (CEDOPE/Ipq/SC).

Figura 9 – Prontuário número 1610

ENTRADA		DIAGNÓSTICO	HOSPITAL		SAÍDA		MOTIVO SAÍDA	RUBRICA DO MÉDICO
N.	DATA		SEÇÃO	DATA	N.	DATA		
16	27-2-50					16	25-1-51	Alta Transmitida Arbitrio Institucional

Acervo: CEDOPE/lpq/SC.

Os casos analisados neste capítulo contribuem para uma ampliação da visão acerca da assistência psiquiátrica oferecida a crianças e jovens em Santa Catarina, considerando dentro disso o papel desempenhado por aqueles que os levaram até a instituição. São elementos que fogem de nosso alcance quando os dados levados em conta são de ordem quantitativa, ou com recortes e espaços mais amplos. Considerar diferentes níveis de análise contribui para um enriquecimento da análise do trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho procurou-se compreender a institucionalização da assistência psiquiátrica à crianças e jovens no estado de Santa Catarina, ocorrida com a implantação do Hospital Colônia Sant'Ana no município de São José. O hospital foi criado para oferecer tratamento com respaldo científico aos ditos doentes mentais, já que até então as instituições que prestavam esse atendimento se caracterizavam apenas por seu caráter filantrópico, servindo de abrigo aos enjeitados pela sociedade. Procurou-se considerar, fator essencial, o contexto social e político no qual se inseria o estado no período, de forma que as práticas de exclusão mostraram-se condizentes com as demais práticas sociais estabelecidas, num processo de gerenciamento da população.

O governo de Nereu Ramos, em consonância com o Estado Novo, empreendeu uma série de mudanças no âmbito da saúde pública do estado. A teia de instituições de caráter assistencial foi ampliada com a construção de hospitais, abrigo para menores e a ampliação da penitenciária do estado. Também foi característica de seu governo a nacionalização do ensino, com a ampliação do sistema público. É possível pensar, neste sentido, as práticas de internamento das crianças e jovens, considerados anormais, no HCS como resultado dessa forte normatização das condutas da população no período proporcionada pela constituição de uma teia de instituições que visavam o controle social.

A construção da instituição foi realizada pautada em propósitos modernos, o que foi ressaltado por se tratar de uma obra monumental para os padrões da época, com amplos pavilhões, salas especializadas e compostas de aparelhagens. Porém, na prática o

Hospital acabou por repetir traços da assistência prestada pelas antigas instituições, com ausência ou incerteza de diagnósticos, tratamentos e a permanência por anos dos pacientes dentro do espaço asilar. Apesar de ser colocada como uma instituição modelo para a assistência psiquiátrica no estado, o HCS já iniciou suas atividades com superlotação, que aumentou ao longo dos anos chegando a seu ápice na década de 1970, e descumprindo a legislação que previa que os *menores anormais*, menores de 18 anos, não permanecessem em espaço junto aos adultos.

Como principal fonte documental foram utilizados os prontuários de crianças e jovens, com até 17 anos de idade, internados nos 10 primeiros anos de funcionamento da instituição, de 1942 a 1951. A análise dos 86 prontuários⁶⁶ permitiu compreender um pouco quem eram os “anormais” para a sociedade daquele momento e algumas das práticas do hospital, principalmente no que se relacionou aos tratamentos.

A análise dos prontuários, com o levantamento dos diagnósticos apresentados para os sujeitos pesquisados e a relação destes com a bibliografia médica do período, possibilitou a identificar as classificações que levaram as crianças e jovens aqui analisados ao internamento. Não foi nossa intenção refutar ou corroborar tais diagnósticos, mas sim analisá-los enquanto discursos capazes de criar sujeitos e instituir a eles locais para permanência. Naquele momento, padrões de normalidade e de desenvolvimento

⁶⁶ Como explicado na introdução, foram contabilizados pelos livros de entrada 126 pessoas menores de 18 anos internadas entre os anos de 1942 e 1951. Entretanto, apenas 86 prontuários foram analisados. Do número restante, algumas caixas e prontuários não puderam ser localizadas e alguns pacientes apresentam idade de 18 anos ou mais nos prontuários.

ditaram quem seriam os “anormais”, os quais deveriam ser internados em determinada instituição, ainda que esta não atendesse ao que a legislação determinava como ideal para seu tratamento. Este foi o caso do HCS, que recebeu crianças e jovens em um espaço que contrariava a perspectiva apontada em lei.

Os padrões de normalidades são estabelecidos socialmente, e dessa maneira, as anormalidades correspondem ao que escapa ao padrão, identificadas através das relações entre os indivíduos e o meio. Para o período estudado escapavam da norma aqueles que não se enquadravam nos padrões de produção para o trabalho e ensino, que não contribuía para o sustento da família, que vagavam pelas ruas. Inclui-se dentro destes os *menores anormais*, para os quais a escola não correspondia às necessidades especiais e, podemos supor, as famílias precisariam dedicar muito tempo aos cuidados e arcar com seus custos.

Entre os tratamentos empregados pela instituição, para as crianças e jovens se sobressaíram o antilúético e a praxiterapia. Conforme discutido, o antilúético era um tratamento empregado contra a sífilis, que era considerada nesse período uma das principais doenças a ser combatidas. Era apontada como uma das causas do desenvolvimento de problemas mentais, entretanto, nenhum dos pacientes pesquisados foi apontado nos prontuários como portador da sífilis. Uma das explicações possíveis para a utilização do tratamento, sem que houvesse o diagnóstico da referida doença, está no fato de que não havia para ela uma relação de sintomas definitivos, acreditava-se que ela poderia se manifestar de diferentes formas, inclusive levando a outras doenças, e manter-se em períodos sem apresentar sintomas.

Entre os tratamentos empregados cabe ressaltar a terapêutica do trabalho. Acreditava-se ser viável recuperar e reinserir socialmente o paciente internado, ao mesmo tempo que o trabalho realizado pelos pacientes poderiam suprir grande parte das necessidades da instituição, em alguns casos até gerando lucro. Como indicado pela documentação, em sua inauguração o HCS já provinha de horta, oficinas, pocilga, entre outros, voltados para ocupação dos pacientes.

Aos trabalhos da “rua”, como a horta e pocilga, seriam encarregados os homens, aos trabalhos do âmbito privado, como a lavanderia, limpeza dos corredores e alas, costura, eram encaminhadas as mulheres. Vemos nessa divisão atribuições de papéis de gênero, que concordavam com o que se exigia para corresponder aos padrões de homens e mulheres trabalhadores para aquela sociedade. Ao homem estava reservado o papel de provedor do lar, enquanto a mulher estava incumbida dos cuidados com a casa e a prole.

Analisando a trajetória de 4 dos 86 casos analisados, foi possível ampliar as interpretações acerca das práticas que regiam a atuação do hospital. Uma delas diz respeito às diferenças nos tratamentos disponibilizados aos pacientes que foram pensionistas e aos chamados indigentes. Conforme encontrado nos registros dos prontuários aos pacientes que tiveram seu tratamento custeado pela família esteve a disposição um tratamento diferenciado em relação ao restante da população não pagante, representado por maior número de registros de consultas e troca de informações entre os responsáveis e a instituição.

Documentos raros entre os prontuários utilizados nessa pesquisa, duas cartas de familiares, enviadas ao diretor do hospital, puderam nos fornecer elementos para

compreender um pouco das sensibilidades daqueles que eram responsáveis pelos pacientes do lado de fora da instituição e igualmente responsáveis pela internação destes. Apesar dos muitos casos de abandono dos internos por parte dos familiares, uma das cartas analisadas demonstrou os sentimentos da tristeza e ansiedade da irmã por receber notícias de seu irmão internado.

O caso de Ana Paula, internada sem que houvesse sido inferido a ela nenhum diagnóstico, nem menção a uma possível doença mental ou qualquer outra anormalidade, revela um dos papéis que poderia ser atribuído ao hospital pela sociedade e pelos próprios funcionários: um abrigo para os enjeitados. Apesar de ter sido afirmado em seu prontuário que a menina não apresentava nenhum tipo de anormalidade, sua estadia na instituição se estendeu por um ano, quando foi encaminhada para um asilo de órfãos.

Muitas das crianças e jovens desta pesquisa não chegaram a obter alta definitiva, falecendo, alguns anos depois na instituição. Esse dado demonstra que para alguns a instituição representou uma ida sem volta, sem tratamento adequado, servindo de local de exclusão, ou simplesmente abrigo. O estudo em torno da assistência psiquiátrica às crianças e jovens em Santa Catarina visou ampliar as discussões relacionadas ao tema, tanto no que se refere a história da psiquiatria, como também, os estudos sobre infância e juventude. Levando em conta ser o internamento de crianças e jovens em instituições psiquiátricas junto aos adultos também uma prática do presente, procura-se contribuir para reflexões que a problematizem tais questões.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, Marcos César. Controle social. Notas em torno de uma noção polêmica. **São Paulo em perspectiva**, 168-176, 2004.

AMORA, Ana M. G. Albano. Modernização em Florianópolis: a contribuição da saúde para a construção da cidade no governo de Nereu Ramos – 1934-195. In: _____. **História da saúde em Santa Catarina: instituições e patrimônio arquitetônico (1808/1958)**. Barueri, SP: Minha Editora; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 39-88.

AREND, Silvia Maria Fávero. **Histórias de abandono: infância e justiça no Brasil (década de 1930)**. Florianópolis: Ed. Mulheres, 2011.

_____; MACEDO, Fábio. Sobre a História do Tempo Presente: Entrevista com o historiador Henry Rousso. **Revista Tempo e Argumento**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 201– 216, jan./jun. 2009.

ASSUMPÇÃO JUNIOR, Francisco B. **Psiquiatria Infantil Brasileira**. São Paulo: Lemos Editorial, 1995.

COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

BAUMAN, Zygmunt. **O mal-estar da pós-modernidade**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1998.

BEDARIDA, François. Tempo presente e presença da história. In: FERREIRA, Marieta de Moraes e AMADO,

Janaina (Org.). **Usos e Abusos da História Oral**. Rio de Janeiro: FGV, 8a ed.2006.

BERTOLLI FILHO, Claudio. **Prontuários médicos**: fonte para o estudo da história social da medicina e da enfermidade. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 3, n.1, p. 173-180, 1996.

BORESTEIN, Miriam. **Terapias utilizadas no Hospital Colônia Sant'Ana**: berço da psiquiatria catarinense (1941-1960). Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 60, n. 6, p. 665-669, nov./dez. 2007.

BORGES, Viviane Trindade. **Do esquecimento ao tombamento**: a invenção de Arthur Bispo do Rosário. 232 f. Tese (Doutorado) - Ufrgs, Porto Alegre, 2010.

_____. **Loucos nem sempre mansos**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2012.

_____. **Um “Depósito de gente”**: as marcas do sofrimento e as transformações no antigo Hospital Colônia Sant'Ana e na Assistência Psiquiátrica em Santa Catarina (1970-1996). Artigo aprovado para publicação, aguardando publicação da Revista História, Ciências, Saúde - Manguinhos (em: 30/11/2012). 2013

BRASIL, Decreto nº 17.943-A, de 12 de outubro de 1927. Consolida as leis de assistência e proteção a menores. **Coleção de Leis do Brasil**, Poder Executivo, Rio de Janeiro, RJ, 31 dez. 1927, p. 476.

_____. Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção a pessoa e aos bens dos psicopatas, a

fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Rio de Janeiro, RJ, 14 jul. 1934. Seção 1, p. 14254.

_____. Lei 10.216 de 06 de abril de 2001: Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Planalto: 2011.

_____. Ministério da Educação e Saúde. Departamento Nacional de Saúde. Plano Hospitalar Psiquiátrico: sugestões para a ação supletiva da União. Rio de Janeiro. Arquivo Gustavo Capanema, série Ministério da Educação e Saúde, Saúde e Serviço Social; GCh 34.08.03/II-14. (Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil). s.d.

BUENO, Francisco da Silveira. **Minidicionário da língua portuguesa**. São Paulo: FTD: LISA, 1996.

BUENO, José Geraldo Silveira. A produção social do anormal. In: FREITAS, Marcos Cesar de. (org.). **História social da infância no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2006.

CAMPOS, Cynthia Machado. **Santa Catarina, 1930**: da degenerescência a regeneração. Florianópolis: Ed. Da UFSC, 2008.

CAMPOS, Paulo Fernando de Souza. **Os enfermos da razão**: cidade planejada, exclusão e doença mental (Maringá, 1960-1980). São Paulo: Annablume; FAPESP, 2004.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

CARMO, Catarina Lisboa. **Vozes em transito**: um estudo sobre o agenciamento de diferentes discursos acerca da presença das irmãs da Divina Providência no Hospital Colônia Sant'Ana (1941-1985). 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - UDESC, Florianópolis, 2012.

CARRARA, S. **Tributo a vênus**: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40 [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996. 339 p. ISBN: 85-85676-28-0. Available from SciELO Books.

CHALHOUB, Sidney. **Trabalho, lar e botequim**: o cotidiano dos trabalhadores no Rio de Janeiro da belle époque. São Paulo: Ed. da UNICAMP, 2001.

COSTA, Eliani. **Hospital Colônia Sant'Ana**: O saber/poder dos enfermeiros e as transformações históricas (1971-1981). 2010. 299 f. Tese (Doutorado) - Ufsc, Florianópolis, 2010.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. **O espelho do mundo**: Juquery, a história de um asilo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. 217 p.

DOSSE, François. História do Tempo Presente e Historiografia. **Revista Tempo e Argumento**, Florianópolis, v. 4, n. 1, p. 5 – 22, jan/jun. 2012.

ENGEL, Magali Gouveia. **Os delírios da razão**: médicos, loucos e hospícios. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

FACCHINETTI, Cristiana; MUÑOZ, Pedro F. de; RIBEIRA, Andréa. As insanas do Hospício Nacional de Alienados (1900-1939). **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro: v.15, suplemento, p.231-242, jun. 2008.

FONTOURA, Arselle de Andrade da. **Por entre luzes e sombras: Hospital Colônia Santana: (re)significando um espaço de loucura**. 1997. 160 f. Dissertação (Mestrado) - Ufsc, Florianópolis, 1997.

FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber**. 7.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

_____, Michel. A governamentalidade. In: **Microfísica do poder**. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

_____, M. **A Ordem do Discurso**. Aula inaugural no Collège de France. Pronunciada em 2 de dezembro de 1970. São Paulo. Editora Loyola: 1996.

_____, Michel. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: Nau, 2013.

_____. **O poder psiquiátrico**: curso dado no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____, Michel. O Sujeito e o Poder. Dreyfus, D & Rabinow, P. Michel Foucault: uma trajetória filosófica. Rio de Janeiro, Forense Universitária, (1995).

GÉLIS, Jacques. A individualização da criança. In: ARIÉS, Philippe; CHARTIER, Roger. **História da Vida**

Privada. Da Renascença ao século das luzes. São Paulo; Companhia das Letras, 1991, 311- 329

GOMES, Ângela de Castro. **A invenção do trabalho.** São Paulo: Vértice, Editora Revista dos Tribunais; Rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, 1988.

GRISARD, Nelson. A Saúde Pública e o Saneamento em Santa Catarina. In: CORRÊA, Carlos Humberto (org.). **A realidade catarinense no século XX.** Florianópolis: Instituto Histórico e Geográfico de Santa Catarina, 2000.

HOSPITAL COLÔNIA SANT'ANA, **Relatório referente ao ano de 1942.** São José: 1942. Disponível em: Centro de Documentação e Pesquisa do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina.

_____, **Relatório referente ao ano de 1951.** São José: 1952. Disponível em: Arquivo Público do Estado de Santa Catarina.

IGNATIEFF, Michael. Instituições totais e classes trabalhadoras: Um balanço crítico. **Revista Brasileira de História.** São Paulo: ANPUH/Marco Zero, vol. 7, nº 14, 1987.

JORNAL DIA E NOITE. Florianópolis: Jornal Dia e Noite, [10/11/1941]. Disponível em: Biblioteca Pública do Estado de Santa Catarina.

KOERICH, Ana Maria Espínola. Hospital Colônia Sant'Ana: reminiscências dos trabalhadores de enfermagem (1951-1971). 2008. 107 f. Dissertação (Mestrado) - Ufsc, Florianópolis, 2008.

KRYNSKI, Stanislaw. **Deficiência mental**. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu S. A., 1969.

LOBO, Lilia Ferreira. **Os infames da história**: pobres, escravos e deficientes no Brasil. Rio de Janeiro: Lamparina, 2008.

MACHADO, Roberto et al. **Danação da norma**: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MIRA, Marly A. F. B. A evolução sociodemográfica de Santa Catarina. In: CORRÊA, Carlos Humberto (org.). **A realidade catarinense no século XX**. Florianópolis: Instituto Histórico e Geográfico de Santa Catarina, 2000.

MOTA, André; SEIXAS, André Augusto Anderson; Zilbreman, Monica L. A origem da Liga Brasileira de Higiene Mental e seu contexto histórico. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v.31, n.1, p.82-82, 2009.

NETO, Regina Beatriz Guimares. História e escrita do tempo: questões e problemas para pesquisa histórica. In: DELGADO, Lucília de Almeida Neves. FERREIRA, Marieta de Moraes (Org.). **História do tempo presente**. Rio de Janeiro: FGV, 2014.

NUNES FILHO, Eustachio Portella. **Psiquiatria e saúde mental**: conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais. São Paulo: Editora Atheneu, 1996.

PEREIRA, Ivonete. **“As decaídas”**: prostituição em Florianópolis (1900-1940). Florianópolis: Ed. da UFSC, 2004.

PEREIRA, Júnia Sales. **História da Pediatria no Brasil de final do século XIX a meados do século XX**. 211 f. Tese (Doutorado) - UFMG, Belo Horizonte, 2006.

PIAZZA, Walter F. Dicionário político catarinense. 2. ed. rev. e ampl. Florianópolis: Assembleia Legislativa do Estado de Santa Catarina, 1994.

PILOTTI, F. e RIZZINI, I. (orgs.). **A arte de governar crianças**: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência a infância no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Interamericano del Niño, Editora Universitária Santa Ursula, AMAIS Livraria e Editora, 1995.

PORTOCARRERO, Vera. **Arquivos da loucura**: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

RAMOS, Nereu. **Mensagem à Assembléia Legislativa referente ao exercício de 1935**. Florianópolis: Imprensa Oficial, 1936. Disponível em: Arquivo Público do Estado de Santa Catarina.

REVEL, Jacques. Microanálise e construção do social. In: _____. **Jogos de escalas**: a experiência da microanálise. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1998.

SAMARA, Eni; TUPY, Ismênia. **História e Documento e metodologia de pesquisa**. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

SAÚDE Pública em Santa Catarina. Florianópolis: Edição do Departamento Estadual de Imprensa e Propaganda, [194_].

SERPA JR., Octavio Domont de. O degenerado. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.17, supl.2, dez. 2010, p.447-473.

SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO. Arquivo Público. Disponível em: <http://www.sea.sc.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=90&Itemid=245> Acesso em: 23 jun. 2013.

SEVCENKO, Nicolau. **Orfeu extático na metrópole**: São Paulo, sociedade e cultura nos frementes anos 20. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.

SCOTTI, Zelinda Rosa. **Os prontuários** do Hospício São Pedro: metodologia para formação de banco de dados. **Revista Ágora**, Vitória, n.12, 2011, p.1-12.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. **O espetáculo das raças**: cientistas, instituições e questão racial no Brasil – 1870-1930. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SILVA, Jaqueline A. da. **Vizinhos da loucura**: a ação institucional da Colônia Santana junto a comunidade que cresceu às suas margens. 2001. 55 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Ufsc, Florianópolis, 2001.

SILVA, Renata Prudêncio da. **Medicina, educação e psiquiatria para a infância**: o Pavilhão-Escola Bourneville no início do século XX. Dissertação

(Mestrado em História das Ciências e da Saúde) –
Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, 2008.

VARELLA, Luís Carlos Pereira. **Letres de cachet – A solitária trajetória para a loucura**: jovens internos e egressos do Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina. Dissertação (Mestrado). UFSC, Florianópolis. 2006.

VENÂNCIO, Ana. **Da colônia agrícola ao hospital-colônia**: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX. v.18, supl.1, dez. 2011, p.35-52.

WADI, Yonissa Marmit. **A história de Pierina**: subjetividade, crime e loucura. Uberlândia: EDUFU, 2009.

_____. Uma história da loucura no Tempo Presente: os caminhos da assistência e da reforma psiquiátrica no Estado do Paraná. **Tempo e Argumento**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 68-98, jan./jun. 2009.

APÊNDICE A – TABELA GERAL DE DADOS (continua)

Número	Sexo	Idade	Profissão	Cor	Instrução	Residência	Internante	Entrada	Alta	Óbito	Diagnóstico	Tratamento
71	F	15	Doméstica	Branca	Analfabeto	Porto Belo/SC	NC	06/01/1942			NC	NC
73	M	17	S/P	Branca	Analfabeto	João Pessoa/SC	Governo do Estado	05/01/1942		31/05/1950	Neura-Sífilis; Encefalopatia infantil; Oligofrenia; Inebcidade	Antibiótico
83	F	9	NC	Branca	Analfabeto	São Francisco/SC	NC	06/01/1942		21/06/1947	Encefalopatia infantil; Epilepsia	NC
88	F	16	NC	Branca	Nula	Aquidauana/SC	Governo do Estado	04/02/1942		22/05/1947	Oligofrenia	Praxiterapia; Antibiótico
100	F	16	NC	Branca	Analfabeto	Blumenau/SC	Governo do Estado	06/01/1942			Epilepsia	Antibiótico
123	M	17	Aux. Escritório	Branca	Secundária	Laguna/SC	Governo do Estado	17/03/1943; 17/07/1946; 09/09/1946; 03/09/1949; 03/08/1967; 17/09/1967; 09/12/1967	21/4/43; 2/9/46; 31/04/48; 23/10/48; 20/8/67; 14/10/67; 23/12/67		P.M.D.; Esquizofrenia	Cardizol; Eletrochoque
170	F	17	Doméstica	Branca	Nula	Florianópolis/SC (Asilo de órfãs)	Governo do Estado	12/08/1949; 19/03/1951; 05/03/1959; 18/05/1959	30/11/1949; 14/03/1952; 24/02/1959; 03/08/1971		Psicose mista e associada	Eletrochoque; Cardizol
173	F	16	S/P	Branca	Analfabeto	Biguaçu/SC	Governo do Estado	04/09/1943		15/02/1948	Oligofrenia	Antibiótico
180	F	13	NC	Parda	Analfabeto	São José/SC	Governo do Estado	11/03/1942		11/11/1946	Idiotia	Antibiótico
195	M	17	Lavrador	Branca	Analfabeto	Cruzeiro/SC	NC	02/04/1942		17/04/1954	Epilepsia	NC
199	F	17	Doméstica	Branca	Nula	Antônio/SC	NC	20/04/1942		30/10/1944	NC	Antibiótico
205	M	13	NC	Branca	Analfabeto	São Francisco do Sul/SC	Governo do Estado	29/04/1942			Encefalopatia infantil	NC
219	M	15	Jornaleiro	Branca	Analfabeto	Brusque/SC	Governo do Estado	20/09/1943		03/04/1949	Oligofrenia	Antibiótico
230	F	16	Doméstica	Branca	Analfabeto	e	Governo do Estado	12/06/1942		27/08/1942	Psico-Neurose	Praxiterapia; Antibiótico
230	M	12	NC	Branca	Primária	Santo Amaro/SC	Governo do Estado	16/11/1943			Oligofrenia; Esquizofrenia	Antibiótico
269	M	17	NC	NC	NC	NC	Governo do Estado	31/10/1942		22/06/1946	Encefalopatia infantil	NC
283	F	14	NC	Branca	Analfabeto	Tubarão/SC	Governo do Estado	11/11/1942		11/10/1951	Paralisia Geral	Antibiótico
290	M	17	Corretor	Branca	Primária	Joinville/SC	NC	14/11/1942		21/06/1943	Epilepsia	NC
320	F	15	Estudante	Preta	Primária	Florianópolis/SC	NC	26/1/1943; 30/12/1943	23/03/43; 31/12/43		Esquizofrenia	Praxiterapia; Cardizol
352	F	17	Doméstica	NC	Primária	Tijucas/SC	Governo do Estado	02/08/1951; 04/09/1964; 14/06/1969; xx/11/1970; 03/04/1971; 10/01/1973	13/10/1951; 16/10/1964; 24/09/1969; xx/xx/xxxx; xx/10/1972; xx/xx/xxxx		Esquizofrenia	Eletrochoque
369	F	10	S/P	Branca	Analfabeto	Asilo Municipal de Joinville	Governo do Estado	09/07/1943			Epilepsia	NC
378	M	11	S/P	Branca	Analfabeto	Florianópolis/SC	Governo do Estado	24/08/1943		16/02/1948	Encefalopatia infantil	Antibiótico
398	F	16	Doméstica	Preta	Primária	Florianópolis/SC	Governo do Estado	28/09/1943	05/10/1943		Esquizofrenia	NC
399	M	15	Estudante	Branca	Primária	Porto Belo/SC	Governo do Estado	30/09/1943; 28/11/1947; 19/07/1954; 03/04/1956	13/11/1943; 03/02/1948; 15/12/1954; 16/05/1956		Esquizofrenia; P.M.D.	Cardizol; Eletrochoque
410	M	16	NC	Branca	Analfabeto	Abriço de Menores Florianópolis	Governo do Estado	18/11/1943; 09/09/1968	5/12/47; 11/12/68		Oligofrenia; Encefalopatia infantil	Antibiótico
418	F	17	NC	Branca	Nula	NC	Governo do Estado	05/12/1943; 19/04/1944; 24/08/1944; 08/12/1958	19/2/44; 26/5/44; 24/8/44; 07/08/61	07/08/1961	Epilepsia	Antibiótico
434	F	17	Doméstica	Branca	Primária	Paiçosa/SC	NC	19/01/1944; 15/12/1950	15/04/44 18/01/51		P.M.D.	Eletrochoque; Antibiótico
435	M	12	NC	Branca	Primária	Tubarão/SC	Pensionista	20/01/1944; +20x	01/06/1944; +20x		Oligofrenia; debilidade mental; alcoolismo	NC
436	F	16	Doméstica	Branca	Primária	Campos Novos/SC	NC	22/01/1944	22/08/1944		NC	Eletrochoque; Antibiótico
461	M	14	S/P	Branca	Analfabeto	São José/SC	NC	17/04/1944		04/12/1948	Encefalopatia infantil; Inebcidade; Oligofrenia	NC
499	F	13	NC	Branca	NC	NC	Governo do Estado	05/08/1944		11/08/1944	Epilepsia	NC
570	F	16	Doméstica	Branca	Primária	Santo Amaro/SC	NC	17/11/1950; 27/10/1952; 28/05/1954; 29/04/1959; 28/06/1959; 14/10/1961; 14/02/1962; 21/03/1966; 13/04/1968; 27/12/1968; 17/11/1969; 06/11/1970; 03/02/1972	09/12/1950; 10/12/1952; 19/12/1954; 05/06/1959; 13/08/1959; 05/12/1961; xx/xx/xxxx; xx/xx/xxxx; 18/06/1968; 22/02/1969; 14/12/1969; 07/12/1970; xx/xx/xxxx		P.M.D mania	Eletrochoque
619	F	17	Lavradora	Branca	Analfabeto	Paiçosa/SC	Governo do Estado	17/05/1945		05/07/1945	Psicose autotóxica	Eletrochoque
625	M	7	S/P	Branca	Analfabeto	Jaraguá do Sul/SC	Governo do Estado	08/06/1945		06/11/1951	Oligofrenia; Epilepsia	NC
642	F	7	NC	NC	Analfabeto	Bom Retiro/SC	Governo do Estado	19/06/1945			NC	NC
677	F	17	Doméstica	Branca	Nula	Florianópolis/SC	NC	01/10/1945; +23x	24x		Personalidade psicopática; Esquizofrenia	Eletrochoque; Insuloterapia; Antibiótico
791	M	11	NC	Branca	NC	NC	NC	18/04/1946		13/01/1947	Oligofrenia; Encefalopatia infantil	NC
808	M	17	NC	Branca	NC	NC	Governo do Estado	NC			Epilepsia; Oligofrenia	NC
878	F	14	S/P	Branca	Primária	Tubarão/SC	NC	17/12/1947; +14x	14x; 15/05/1973		P. M. D.	Eletrochoque; Insuloterapia
919	M	7	S/P	Branca	Nula	São Ludgero/SC	Governo do Estado	17/07/1946	20/10/1971		Oligofrenia; Idiotia	Antibiótico
960	F	15	Doméstica	NC	Primária	Uruçubá/SC	Governo do Estado	03/02/1947	24/02/1947		NC	Eletrochoque
968	F	16	Estudante	NC	Primária	Florianópolis/SC	Governo do Estado	24/03/1947; 04/10/1949	15/04/1947; 14/11/1949		NC	Eletrochoque
1042	M	16	S/P	NC	Analfabeto	Florianópolis/SC	NC	18/07/1948	28/02/1950		Inebcidade; Oligofrenia	Antibiótico

1043	M	17	Aux. Escritório	NC	Primária	Blumenau/SC	NC	19/07/1947	01/08/1947		NC	Eletrochoque
1048	M	16	Estudante	NC	Primária	Paiçosa/SC	Governo do Estado	31/07/1947; 08/02/1950; 13/01/1951; 16/03/1955; 14/12/1958; 27/01/1960; 31/12/1962; 14/04/1963	23/11/1947; 06/03/1950; 08/10/1951; 02/04/1955; 31/03/1959; 10/03/1960; 08/04/1963; 17/07/1963		Esquizofrenia	NC
1049	F	14	Doméstica	NC	Nula	Florianópolis/SC	Governo do Estado	05/08/1947		28/04/1966	Epilepsia	Eletrochoque
1061	F	17	Doméstica	NC	Primária	Paiçosa/SC	NC	22/08/1947; 08/02/1949	15/09/1947; 29/04/1949		NC	Eletrochoque
1076	F	17	Doméstica	NC	Primária	Indial/S/SC	Indigente	16/08/1947; +7x	xxx/xx/xxxx; xx/xx/xxxx; +6x		Esquizofrenia simples	Eletrochoque; Insulinoterapia
1110	F	16	S/P	NC	Analfabeto	São Francisco do Sul/SC	Pensionista I.A.P.T.E.C	18/11/1947	15/03/1945		Oligofrenia	NC
1169	M	15	S/P	NC	Nula	São José/SC	NC	06/03/1948; 14/08/1948	03/07/1948	12/05/1956	Epilepsia	Praxiterapia
1191	F	17	S/P	NC	Analfabeto	Itajaí/SC	Indigente	17/04/1948	16/01/1954		Oligofrenia; Idiotia	Antilético
1193	M	12	S/P	NC	Analfabeto	Camburiu/SC	Governo do Estado	08/10/1947		27/07/1950	Imbecilidade; Oligofrenia	Antilético
1202	F	17	Doméstica	NC	Analfabeto	Canoinhas/SC	Indigente	01/05/1948	22/05/1953		Debil mental	Insulinoterapia; Eletrochoque; Praxiterapia
1221	M	9	S/P	NC	Analfabeto	Lages/SC	Governo do Estado	15/05/1948	08/01/1950		Idiotia; Oligofrenia	Antilético
1264	M	15	S/P	NC	Analfabeto	Rio do Sul/SC	Indigente	11/08/1948; +7x	8x; 05/05/1970		Esquizofrenia	Insulinoterapia; Eletrochoque; Cardiazol; Antilético
1282	M	16	Estudante	NC	Primária	Florianópolis/SC	NC	02/09/1948		01/12/1948	NC	Antilético
1349	M	7	S/P	NC	Analfabeto	Orleans/SC	Governo do Estado	13/01/1949	17/05/1949		Psicose epiléptica	NC
1383	M	8	S/P	NC	Analfabeto	Camburiu/SC	Governo do Estado	21/02/1949	15/05/1949		Oligofrenia; (Idiotia)	NC
1413	M	11	S/P	NC	Analfabeto	Tubarão/SC	NC	18/04/1949	23/06/1950		Epilepsia	Antilético
1491	F	6	S/P	NC	Nula	Blumenau/SC	NC	13/08/1949		29/10/1949	Idiotia	NC
1508	M	13	S/P	NC	Analfabeto	São José/SC	Governo do Estado	06/09/1949		08/02/1951	Oligofrenia; Imbecilidade	NC
1525	M	7	S/P	NC	Analfabeto	Laguna/SC	NC	30/10/1949	28/11/1949		NC	NC
1564	F	14	Doméstica	NC	Analfabeto	Tubarão/SC	Governo do Estado	30/11/1949	17/06/1950		NC	NC
1584	M	17	Ajudante de caminhão	NC	Primária	Florianópolis/SC	NC	14/01/1950	05/03/1950		NC	Eletrochoque
1610	F	7	S/P	NC	Nula	Florianópolis/SC	Governo do Estado	27/02/1950	25/01/1951		Não é doente mental	NC
1615	F	17	Nula	NC	Nula	Tubarão/SC	NC	06/03/1950	06/11/1951 (RF)		Oligofrenia (Idiotia); Epilepsia	NC
1620	F	12	Doméstica	NC	Nula	Laguna/SC	NC	10/03/1950		15/02/1957	Psicose maní e associada; Epilepsia; Oligofrenia	Antilético
1635	M	17	Nula	NC	Nula	São Bento do Sul/SC	Governo do Estado	18/04/1950		13/05/1950	Encefalopatia infantil	NC
1641	M	17	Lavrador	Branca	Nula	Ibirama/SC	NC	25/04/1950; 09/04/1963	15/08/1950; 21/08/1963		Debil mental	Insulinoterapia
1644	M	11	Nula	NC	Nula	Itajaí/SC	Governo do Estado	11/04/1950; 23/06/1973	04/06/1973; 03/08/1973		Imbecilidade	NC
1659	M	17	S/P	NC	Analfabeto	Brusque/SC	Governo do Estado	16/05/1950		29/06/1951	Epilepsia	NC
1718	M	16	Lavrador	NC	Nula	Tijucas/SC	Governo do Estado	17/08/1950	21/10/1950		NC	Eletrochoque
1762	M	14	Nula	NC	Primária	Florianópolis/SC	Governo do Estado	23/09/1950			NC	Eletrochoque
1764	F	17	Doméstica	NC	Primária	Rodeio/SC	Governo do Estado	11/10/1950			Psicose epiléptica	Antilético
1765	F	17	Doméstica	NC	Primária	Porto Belo/SC	Governo do Estado	17/10/1950	11/12/1950		NC	Eletrochoque
2012	M	16	Lavrador	NC	NC	Rio do Sul/SC	NC	28/12/1950; +6x	9x; 13/02/1974		P. M. D.	Eletrochoque; Insulinoterapia
2080	M	17	Lavrador	NC	Primária	Rodeio/SC	Governo do Estado	11/04/1951		22/05/1951	NC	Eletrochoque
2177	M	13	S/P	NC	Nula	Brusque/SC	Governo do Estado	07/08/1951	22/12/1955		Oligofrenia	Antilético; Praxiterapia
2181	M	16	Lavrador	NC	Primária	Laguna/SC	Governo do Estado	14/08/1951; 08/01/1963	08/12/1952		Esquizofrenia simples	Eletrochoque; Insulinoterapia
2293	F	17	Doméstica	NC	Primária	Paiçosa/SC	Governo do Estado	17/12/1951	12/01/1952		NC	Eletrochoque
2297	F	15	Doméstica	NC	Primária	Rio do Sul/SC	Pensionista	20/12/1951; 06/03/1952	17/01/1952; 27/06/1952		Neurose hist.	NC
2300	M	15	Nula	NC	Nula	Florianópolis/SC (Abrigo de menores)	Governo do Estado	22/12/1951	18/07/1952		Oligofrenia	Insulinoterapia; Antilético
2310	F	16	Doméstica	NC	Primária	Biguaçu/SC	Governo do Estado	27/12/1951	07/01/1952		NC	NC
2314	F	12	S/P	NC	Nula	Rio do Sul/SC	Governo do Estado	30/12/1951		16/02/1956	Idiotia	Antilético
2317	M	16	Marinheiro	NC	Primária	Florianópolis/SC	I. A. G. M	31/12/1951; 17/04/1956; 24/05/1956; 15/08/1956	29/03/1952; 09/05/1956; 13/08/1956; 21/12/1956		Esquizofrenia	Insulinoterapia; Eletrochoque
8656	M	14	S/P	NC	Primária	Camburiu/SC	Governo do Estado	16/02/1949; 20/02/1957; 04/05/1965	06/06/1957; 04/06/1965		P.M.D.	Eletrochoque

(concluido)

ANEXO A – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO PRONTUÁRIO

S. A. P. FICHA DE IDENTIFICAÇÃO 210 H. C. S.

Falta Praxiterapia

Neowau 2133

I. O. E.—1247

OBS. N. _____ IDENT. _____

Nome _____

Residência Rua 7 de Setembro nº 6 - Blumenau

Sexo Feminino Idade 16 anos Data do nasc. 18/9/1926 Est. civil Solteira

Profissão _____ Onde exercia _____ (Blumenau)

Nacionalidade Brasileira Naturalidade Santa Catarina Cor Branca

Instrução Analfabeta Religião Evangelica Procedência Hospício da Brusque

Altura 1,53 cms. Pêso 36,1/2 kgs. Biotipo _____

Nome do pai _____ Naturalidade _____ Cor _____

Nome da mãe _____ Naturalidade Santa Catarina Cor Branca

Informante Prefeitura Municipal de Blumenau
NOME _____ PROCEDÊNCIA _____ TELEFONE _____

Correspondência com _____ - caixa postal nº 50 - Blumenau
NOME _____ PROCEDÊNCIA _____ TELEFONE _____

Internante _____ Médico assistente _____

Premissas legais de internação _____

Certificados médicos assinados por: Dr. _____
 Dr. _____

Data da 1ª entrada 6 de janeiro de 1942 Diagnóstico _____

ANEXO B – ESQUEMA DA CONSTITUIÇÃO

Serviço de Assistência a Psicopatas Hospital Colônia Santana

ESQUEMA DA CONSTITUIÇÃO

Secção [REDACTED] Nº. do Registo Geral 100

Nº. Ficha Identificação 400 Nº. da Observação 40

Data da Entrada [REDACTED]

Nome Augusto Alois Idade 15 anos Sexo M

Dados Etnicos Branca

Olhos castanhos Cabelos loiros Pêlos id.

Diagnóstico

CRANIO:

Circunferência horizontal 0,525

Diâmetro sagital (dist. da glabella ao opistocrânio) 0,14

 > frontal (dist. entre os euryon) 0,185

 > vertical (dist. do vertex ao gnathion) 0,22

FACE:

Altura (dist. do nasion ao gnathion) 0,12

Comprimento do nariz (Dist. do nasion ao sub-nasion) 0,055

Largura (dist. entre os zygia) 0,15

TRONCO DO MEMBRO:

Largura das espáduas (dist. entre os acromios) 0,31

Circunferência do peito (média) entre insp. e exp. 0,7

 > do abdome 0,62

 > dos quadris 0,74

 > do tornozelo 0,23

Comp. das pernas (dist. do ilio-espinal ao sphyrion) 0,93

 > dos braços (dist. do acrómio ao dactílio) 0,70

Altura 1,23 Peso 38,5

Data 24. Maio 1942 Tipo morfológico deplício

OBSERVAÇÕES :

Em 19 de Junho de 1942

(Ass.) [Signature]

Folha nº. 11

12